

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

359

Présentée et soutenue le mercredi 1 juillet 1896, à 1 heure

PAR

FERNAND-PAUL PRIVAT

Né à Allègre (Haute-Loire) le 11 juillet 1870

—†—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CYSTOCÈLE INGUINALE

(TRAITEMENT PAR UN PROCÉDE DE CURE RADICALE)

Président : M. TILLAUX.

Juges : MM.

{	MONOD, professeur.
	REMY, PICARD, agrégés

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

~~~~~  
PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896



359

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 1 juillet 1896, à 1 heure*

PAR

FERNAND-PAUL PRIVAT

Né à Allègre (Haute-Loire) le 11 juillet 1870



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CYSTOCÈLE INGUINALE

(TRAITEMENT PAR UN PROCÉDÉ DE CURE RADICALE)



*Président : M. TILLAUX.*

*Juges : MM.* { MONOD, professeur.  
REMY, PICARD, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHEL.          |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.              |
| Histoire naturelle médicale.                                   | N...                 |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.             |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.                                           | DIEULAFOY.           |
| Pathologie chirurgicale.                                       | DEBOVE.              |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.         |
| Histologie.                                                    | CORNIL.              |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL.       |
| Pharmacologie.                                                 | TERRIER.             |
| Thérapeutique et matière médicale.                             | POUCHET.             |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.            |
| Médecine légale.                                               | PROUST.              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.           |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBENE.          |
| Clinique médicale.                                             | STRAUS.              |
|                                                                | G. SÉE.              |
|                                                                | POTAIN.              |
|                                                                | JACCOUD.             |
|                                                                | HAYEM.               |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.            |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.             |
| Clinique chirurgicale.                                         | DUPLAY.              |
|                                                                | LE DENTU.            |
|                                                                | TILLAUX.             |
|                                                                | BERGER.              |
| Clinique des malad. des voies urinaires.                       | GUYON.               |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.               |
| Clinique d'accouchement.                                       | TARNIER.             |
|                                                                | PINARD.              |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

## Agrégés en exercice.

|             |             |               |              |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       | GILLE DE LA | NELATON       | THOINOT      |
| BAR         | TOURETTE    | NETTÉ         | TUFFIER      |
| BONNAIRE    | GLEYS       | POIRIER, chef | VARNIER.     |
| BROCA       | HARTMANN    | des travaux   | WALTHER      |
| CHANTEMESSE | HEIM        | anatomiques   | WEISS        |
| CHARRIN.    | LEJARS      | RETTERER      | WIDAL        |
| CHASSEVANT  | LETULLE     | RICARD        | WURTZ        |
| DELBET.     | MARFAN      | ROGER         |              |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE  
DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE  
L'ABBÉ PAUL HUGONET  
Vicaire à N.-D. des Champs

Faible témoignage d'une vive affection  
et d'une profonde reconnaissance.

A MA TANTE AMÉLIE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'honneur.  
Membre de l'Académie de médecine  
Professeur de Clinique chirurgicale à la  
Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de  
Médecine de Paris.  
Chirurgien de l'Hopital Cochin

## INTRODUCTION

La cystocèle inguinale est une des affections chirurgicales les plus rares, comparée aux hernies des autres organes : aussi n'a-t-elle point provoqué jusqu'à nos jours, au sein des Sociétés savantes, les débats retentissants des questions à l'ordre du jour, ni été l'objet des fructueuses discussions de la part des maîtres de la chirurgie contemporaine.

Cependant, l'histoire de la cystocèle remonte à un siècle et plus ; c'est en effet, en 1743, que Verdier communique à l'Académie royale de Chirurgie son étude sur cette affection, étude si remplie de fine observation et demeurée classique jusqu'à aujourd'hui. Mais les années passent et cette question intéressante n'est l'objet d'aucune communication ; elle laisse indifférents les grands chirurgiens du commencement de ce siècle : seul,

Nélaton consacre à cette affection quelques pages de son *Traité de Pathologie externe* (1857); et encore ne fait-il que reproduire les idées de Verdier.

Ce n'est que de nos jours que l'étude de la cystocèle inguinale a été reprise; ce point de la *Pathologie chirurgicale*, comme bien d'autres, du reste, a bénéficié de l'usage des méthodes modernes et de l'application d'une antisepsie rigoureuse qui seule pouvait permettre ces recherches fécondes qui ont abouti à créer la chirurgie abdominale.

Tous les travaux contemporains qui ont paru sur la cystocèle inguinale reposent sur une soixantaine d'observations. Ayant eu la bonne fortune d'en observer 5 cas, au cours de nos études, dans le service de M. le prof. agrégé Schwartz, nous avons, sur les conseils de notre maître éminent, et guidé par lui, entrepris une étude de cette affection intéressante.

Sans avoir la prétention « d'apporter notre pierre au grand édifice », nous nous efforcerons d'étudier de notre mieux la pathogénie et le diagnostic de la cystocèle inguinale; nous exposerons dans un dernier chapitre, le traitement de la hernie vésicale et nous décrirons le procédé de cure radicale, qui est celui de notre maître, procédé qui

a donné les meilleurs résultats et qui mérite d'être adopté par tous les chirurgiens.

Mais nous ne voulons pas aborder notre sujet sans exprimer à M. le prof. agrégé Schwartz, toute la reconnaissance que nous lui gardons des bonnes leçons que nous avons reçues de lui et de la bienveilllance qu'il n'a cessé de nous témoigner ; c'est à son école que nous avons appris la clinique chirurgicale, la discussion d'un diagnostic, l'opportunité d'un traitement et aussi les bonnes traditions de la probité médicale : la bonté, l'assistance du malade et la charité. Aussi, nous félicitons-nous bien hautement d'avoir été élève d'un tel maître.

Nous ne voulons pas non plus manquer au devoir de remercier tous nos autres maîtres : MM. les professeurs Berger et Pinard, MM. Rendu, Marie, Charrin, Marfan, en particulier, de nous avoir admis à leur précieux enseignement et fait profiter de leurs conseils bienveillants.

Nous prions enfin M. le professeur Tillaux de vouloir bien agréer l'hommage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

## HISTORIQUE

### HISTORIQUE

Nous lisons dans le travail présenté, en 1753, par Verdier à l'Académie royale de Chirurgie, que c'est à M. Dominique Sala que « doit être déferé l'honneur de la découverte de la hernie de la vessie ». J. D. Sala vivait au 16<sup>e</sup> siècle et c'est en 1520 que Bartholin publia son observation de cystocèle, ayant été frappé, dit-il, au cours de l'autopsie d'un vieil urinaire, de rencontrer une pierre dans une portion de la vessie qui faisait hernie dans le scrotum à travers le canal inguinal.

Platter de Bâle (1650) raconte qu'étant appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine et d'une hernie volumineuse, il proposa l'opération et qu'à peine l'instrument eut attaqué la région de l'aîne, l'urine se mit à sourdre par la plaie et qu'il n'en sortit plus par l'urèthre.

En 1688, Bligny publie son traité des hernies et fait mention de la hernie de la vessie.

Si nous consultons les Mémoires de l'Académie royale des Sciences de 1713, nous lisons que Méry s'occupe de cette question et conclut à la congénitalité de la hernie vésicale. Cette théorie fut du reste presque aussitôt battue en brèche par J. Petit.

C'est en 1753 que paraît le travail de Verdier ; cette étude consciencieuse et basée sur 20 observations a trait à des cas de cystocèle inguinale trouvées au cours d'une kélotomie ou d'une autopsie. Ces 20 observations se ressemblent assez, il est vrai, mais combien intéressant le travail qui s'appuie sur leurs détails ! En effet, Verdier énumère très bien les conditions nécessaires pour la production de la cystocèle inguinale. Il lui assigne comme causes prédisposantes, la paralysie des fibres musculaires de la vessie et la surdistension consécutive de sa paroi ; ensuite, la considérant à ce point de vue pathogénique, il lui attribue les mêmes causes qu'aux hernies en général : la largeur des anneaux, l'effort, etc. Enfin, ce grand observateur note déjà le lipome herniaire prévésical, car, dans la 1<sup>re</sup> observation de son travail, il nous dit que la graisse recou-

vrant la vessie se trouve *en plus grande quantité et plus mollassse qu'elle ne l'est d'habitude.*

Il ne néglige pas non plus le mécanisme de cette affection et il saisit très bien le mode de production de la cystocèle primitive et de la cystocèle secondaire. Bref, son étude est restée vivante et pleine d'actualité comme toute œuvre issue d'un grand esprit.

Boyer glisse rapidement sur la cystocèle inguinale. Verdier (1840) en parle très peu et nous arrivons en 1857, époque à laquelle Nélaton consacre à cette affection un chapitre de sa pathologie chirurgicale. Le grand chirurgien ne fait, du reste, que reprendre l'étude de la cystocèle en reproduisant les théories de Verdier.

C'est en 1874 que Krönlein publie une observation d'entéro-cystocèle étranglée à l'appui d'une nouvelle théorie sur le mécanisme de production de la cystocèle.

Leroux publie en 1880 un travail assez complet sur cette affection. Il y étudie la cystocèle inguinale et la considère comme pouvant être ou primitive ou secondaire, mais se produisant toujours par glissement ou par bascule. Il appuie son travail sur une observation prise dans le service de Verneuil et, en somme, il s'attache à corroborer

la théorie de Krönlein sur la *cystocèle par bascule*.

M. de la Barrière fait paraître, en 1881, sa thèse inaugurale avec l'observation de Leroux à l'appui.

Enfin, en 1883, Duret dans sa thèse d'agrégation sur les « Variétés rares de la hernie inguinale » résume toutes les théories émises au sujet de la cystocèle et nous donne une étude magistrale, bien que succincte, de cette affection. Il insiste plus particulièrement sur la pathogénie de la hernie vésicale et admet 3 variétés de cystocèle.

C'est en 1889 que paraît dans la *Revue de Chirurgie* l'important travail de Monod et Delagenière. C'est, en effet, une étude complète de la pathogénie de la cystocèle inguinale, et bien qu'elle ne s'appuie que sur trois observations, cette communication fera époque, car ces auteurs s'occupent d'un élément nouveau du diagnostic ; le *lipome prévésical*, et du traitement par la cure radicale.

Après eux, plusieurs chirurgiens font paraître des travaux ayant trait à la pathogénie, au diagnostic et au traitement. Désormais, la cure radicale est préférée et elle procure, en effet, les résultats les plus satisfaisants.

De nombreux mémoires paraissent dans l'ordre suivant :

En 1889, Guelliot (de Reims) signale les difficultés d'un diagnostic de la cystocèle au cours d'une cure radicale ; son étude s'appuie sur une observation personnelle.

En 1890, M. Hédreich (de Strasbourg) publie ses recherches sur le diagnostic, le mécanisme et le traitement de la cystocèle inguinale en ajoutant les observations sur lesquelles a porté son travail.

Thiriar (de Bruxelles) publie, en 1890 et 1891, une très intéressante étude basée sur deux observations.

Enfin, Bourbon en 1892, Piquet en 1893, soutiennent leur thèse inaugurale sur ce sujet, le premier donne une observation de M. Polaillon, le deuxième ajoute à celles qui ont paru deux nouvelles observations de M. Sébilleau.

Lejars nous donne, dans la *Revue de Chirurgie* de 1893, un important travail sur la cystocèle inguinale et les lésions de la vessie ; cette étude est basée sur 20 observations.

A la fin de 1893, M. Demoulin publie ses réflexions sur la cystocèle et étudie le mécanisme de réparation des plaies vésicales.

Enfin, de nos jours, à la fin du mois dernier, M. Imbert publiait, dans les *Annales de Guyon*,

le commencement d'une étude sur la cystocèle inguinale. Dans ce travail encore incomplet, M. Imbert discute l'hypothèse de la congénitalité de cette affection, l'existence et l'influence du lipome prévésical, etc.

Lardy (de Constantinople) communique à la Société de Chirurgie, en février 1896, 2 observations nouvelles où il met très bien en lumière les adhérences de la vessie, l'existence d'un lipome et l'importance de la cure radicale.

Nous nous proposons d'ajouter à un nombre déjà si grand d'observations, 5 cas nouveaux observés dans le service de M. Schwartz. Ces observations nous suffiront, croyons-nous, à établir l'état de la science actuelle, la nécessité d'une intervention précoce et enfin le choix de la cure radicale avec résection large de la vessie, et avec l'emploi du procédé myoplastique.

---

## CHAPITRE II

### ÉTIOLOGIE

Si nous consultons les statistiques publiées par quelques chirurgiens, nous constatons contrairement à l'avis de Guelliot (de Reims) que la cystocèle inguinale est une infection rare. Nous voulons parler, bien entendu, de la cystocèle proprement dite, primitive ou secondaire n'ayant aucunement en vue la cystocèle opératoire qui peut se produire au cours d'une cure radicale, suivant le procédé employé, les tractions plus ou moins répétées sur le sac, etc.

La statistique de Lucas-Championnière est une des plus intéressantes. Dans son « Traité de la cure radicale des hernies, 1892 », ce chirurgien fait figurer 275 cas de hernies pour lesquelles il a fait la cure radicale : il n'a rencontré que 2 fois

la hernie vésicale. Lardy de Constantinople a trouvé 3 cas manifestes seulement de cystocèle inguinale sur 120 opérations de hernie.

Verneuil, dans sa longue pratique chirurgicale, n'en publie qu'un seul cas (in Leroux).

Sur plus de 100 opérations de hernie inguinale, Thiriar a rencontré la vessie 2 fois seulement.

Nous connaissons un seul cas de la pratique de Monod, etc., etc. C'est donc une affection rare relativement au grand nombre de hernies observées jusqu'à ce jour. Nous étudierons plus loin au chapitre de la pathogénie les causes de ce faible pourcentage.

Contrairement à la règle que les hernies de l'intestin ou de l'épiploon sont des affections de l'âge adulte, nous voyons, en parcourant les observations que nous avons sous les yeux, que la cystocèle inguinale se rencontre le plus souvent chez des gens âgés ou chez des personnes adultes confinant à la vieillesse. Les observations de Berger, de S. Boeckel, de Guelliot, de Thiriar, de Walter, de Pilz, de Demoulin, de Piedvache, de Larabrie, de Duret, etc., se rapportent toutes à des personnes âgées de 59 à 79 ans. Nous trouvons très peu de cas relatifs à des gens adultes si ce ne sont ceux de Monod (44 ans), de Championnière (43 et 44 ans), d'Israel (51 ans), de Jugen-

gel (34ans) , de Lejars (39 ans), de Sébilleau (42 ans).

Encore trouvons-nous moins de cas de cystocèle inguinale dans l'adolescence ou dans l'enfance; les observations relatives à ces âges sont classiques à causes de leur rareté. Kümmer en publie un cas dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* (1892 n° 4), concernant un enfant de cinq ans : cette hernie vésicale fut découverte au cours d'une cure radicale de hernie inguinale.

Un deuxième cas, est celui de Félizet, et concerne un enfant âgé de 12 ans : encore peut-on ici invoquer une malformation congénitale, car le pilier interne de l'anneau inguinal était absent et le pilier externe était à peine marqué. Enfin Félizet sur les 105 observations de hernie inguinale de l'enfant publiées dans son livre, n'a rencontré qu'un seul cas de cystocèle : c'est le cas que nous venons de rappeler : on voit combien il est douteux.

Le troisième cas de cystocèle rencontrée chez l'enfant est celui de Pott. Le grand chirurgien anglais croyant opérer une tumeur du cordon spermatique chez un enfant de 12 ans, fait l'excision du segment hernié; immédiatement l'urine se met à couler. L'enfant a du reste guéri, une

fistule s'est établie qui s'est tarie peu à peu et la guérison complète s'en est suivie.

On ne saurait donc nier l'influence de l'âge sur la production de la hernie vésicale. Nous trouvons de ce chef les éléments d'un point de pathogénie que nous nous efforcerons de développer au cours du chapitre suivant.

Disons aussi, à titre de simple remarque, que les deux sexes ne sont pas indifféremment atteints par cette affection. La règle générale est que la cystocèle inguinale affecte plus particulièrement le sexe masculin. On compte dans la science les cas de hernies vésicales rencontrées chez la femme. Reverdin nous en donne une observation concernant une femme de 42 ans (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1890 n° 11). Dans la *Revue de Chirurgie* de janvier 1893, M. Lejars donne le détail d'une observation de hernie de la trompe utérine accompagnée de cystocèle inguinale. Le cas de Demoulin est relatif à une entéro-cystocèle gauche chez une femme âgée de 63 ans. Ce sont là les seuls cas de cystocèle rencontrés chez la femme à notre connaissance.

Pour se rendre compte de la rareté de cette affection dans le sexe féminin et surtout pour l'expliquer, il suffira de faire remarquer que la persistance du canal de Nuck est indispensable à

sa production, mais qu'elle est aussi rare que toute autre malformation; que la femme ne s'adonne en général à aucun des actes professionnels le plus communément dévolus à l'homme et qui demandent de grands efforts et des efforts mille fois réitérés. Que si on veut donner une explication plausible de la hernie vésicale inguinale chez la femme, on devra attester avant tout la grossesse qui, remplissant un rôle mécanique, distend la paroi abdominale, affaiblit la résistance des anneaux et refoule en même temps la vessie.

Chez l'homme la cystocèle inguinale paraît s'expliquer plus aisément. Avant tout, nous devons invoquer comme cause capitale « l'effort ». Pour qu'il y ait hernie il faut le plus souvent qu'il y ait un effort qui chassera les viscères et les mettra au contact du point faible de la paroi : c'est la règle, et elle s'applique à toutes les variétés de hernie, à la cystocèle comme à l'épiplocèle ou à l'entérocele.

On conçoit encore qu'une malformation de l'organe telle qu'une vessie bilobée prédispose à la cystocèle et en soit une cause efficiente.

Enfin, les lésions prostatiques, les affections vésicales antérieures, celles de l'urèthre, jouent dès la production de cette variété de hernies un rôle indéniable. Et on le comprend facilement si

tel sujet a eu une rétention d'urine pendant long-temps, tel autre est affligé du rétrécissement de l'urèthre, tel autre est sujet à des spasmes de la vessie, etc..., tout autant de causes qui font que l'urine séjourne dans la vessie, la distend à la longue et provoque cette flaccidité de l'organe qui à la suite d'efforts réitérés va faire hernie à un point de moindre résistance, au niveau du canal inguinal.

Telles sont les causes qui nous paraissent expliquer naturellement la production de la cystocèle tant chez l'homme que chez la femme.

## CHAPITRE III

### PATHOGÉNIE

Nous distinguerons avec Verdier et Duret deux grandes variétés de cystocèle inguinale.

1° La cystocèle primitive,

2° La cystocèle secondaire.

L'hypothèse de Méry est toute différente de la théorie de son contemporain : Pour lui la cystocèle est une maladie congénitale, il la considère comme le résultat d'un vice de conformation. Méry, en soutenant cette erreur, avait été frappé du défaut de proportion entre la vessie remplie d'urine et l'ouverture herniaire, et de l'impossibilité qu'elle put en cet état, par des causes accidentelles, sortir à travers la paroi abdominale. C'est qu'en effet, ce n'est pas à l'état de plénitude que la ves-

sie va s'hernier : la cystocèle se produira à l'état de vacuité de l'organe et lorsque sa paroi sera distendue depuis longtemps. Vienne un effort, la vessie sera chassée vers la paroi abdominale comme tout autre organe d'ailleurs, et si cette paroi a un point faible, l'anneau inguinal par exemple, il y aura hernie inguinale de la vessie. Lucas-Championnière a repris l'hypothèse de Méry, dans la thèse de M. Bourbon, son élève. Pour faire de la cystocèle inguinale un vice de conformation, l'éminent chirurgien de Saint-Louis s'appuie sur la disposition de la masse graisseuse, la forme de la hernie et la minceur de la paroi vésicale.

Il nous sera permis de faire observer que la graisse pré-vésicale manque assez souvent. Si les adhérences intimes de la masse graisseuse au sac herniaire, si ses connexions avec de petits kystes sont un des caractères principaux de la transformation primitive de la région, comment expliquer ce grand nombre de cystocèle ou le lipome pré-vésical n'a été ni noté, ni rencontré ?

L'amincissement de la paroi vésicale, la facilité avec laquelle elle se laisse déchirer, sa friabilité seraient encore un des caractères de la congénitalité de l'affection : mais cette disposition n'est pas la règle. Si nous nous reportons aux observations qui font suite à notre travail, nous trouvons

dans bon nombre de cas des parois « très épaisses » (Broca. In Duret, 1883), Hedrich et Bœckel, 1889 et 1890), Bœckel, (1887), Monod et Delagénère, (1889), Schwartz, (1893).

Nous admettons bien volontiers que tel cas isolé soit le résultat d'un vice de conformation, mais il ne nous semble pas qu'il soit possible d'ériger en principe que la cystocèle est une affection congénitale. S'il en était ainsi les statistiques concernant les hernies chez l'enfant accuseraient une bien plus forte proportion de hernies vésicales, alors que nous la rencontrons au contraire le plus souvent à un âge avancé.

Quoiqu'il en soit, repoussant absolument la théorie de Lucas-Championnière, et étant admis que la cystocèle se produit comme une hernie ordinaire, nous allons étudier par quel mécanisme la vessie peut faire hernie au niveau du canal inguinal.

Nous nous rangeons à la théorie de Verdier et de Duret qui, ainsi que nous l'avons dit, reconnaissent 2 variétés principales de cystocèle inguinale : une forme primitive et une forme secondaire.

A. — *Cystocèle primitive.*

Cette variété a été très bien étudiée par Verdier qui en fait une remarquable étude pathogénique, par Nélaton, Leroux et Monod qui en publient une observation absolument nette.

Dans la cystocèle primitive c'est la partie antérieure de la vessie, dépourvue de péritoine, qui s'engage la première. Mais pour que ce mécanisme se produise il faut plusieurs conditions.

Avec Verdier, Nélaton et Duret, nous dirons que trois circonstances favorisent le développement de la cystocèle primitive.

1° La distension plus ou moins complète de la vessie avec parésie de ses fibres musculaires.

2° L'effort.

3° La faiblesse des anneaux inguinaux qui se trouvent élargis.

Ces trois conditions étant réunies, comment la vessie va pénétrer dans cet anneau?

Sous l'influence de l'effort, la paroi antérieure de la vessie viendra se mettre en rapport avec les fossettes inguinales : mais si on songe que cette paroi de la vessie est déjà distendue, que ses fibres musculaires sont parésiées, on comprend

fort bien que l'organe se videra mal et ne reviendra jamais complètement sur lui-même. Une plus ou moins grande portion de la vessie restera donc au contact de l'anneau inguinal interne et au premier moment franchira l'anneau : la cystocèle sera constituée ; nous aurons une cystocèle primitive sans sac péritonéal.

Cependant la hernie vésicale n'en restera pas toujours à l'état de bubonocèle. La plupart du temps elle progressera ; et c'est la règle ; alors nous aurons soit une cystocèle avec sac complet, soit une cystocèle avec enterocèle, consécutive et accolée, la hernie vésicale ayant par ses progrès et par l'intermédiaire du péritoine vésical entraîné une anse intestinale par suite d'adhérences péritonéales.

Ainsi une cystocèle primitive sans sac peut devenir :

- 1° Une cystocèle avec sac incomplet ;
- 2° Une cystocèle avec sac complet ;
- 3° Une cysto-enterocèle.

Cependant Monod et Delagénère qui, en fait de hernies vésicales inguinales, reconnaissent ce mécanisme à l'exclusion de tous les autres, veulent que la pression intra-abdominale n'est pas suffisante pour amener la production de la cystocèle : suivant eux, la tumeur vésicale ne se produira et

n'existera à l'état de hernie que si un agent fixateur et migrateur intervient : et ce rôle important est dévolu à *la graisse pré-vésicale*.

Verdier avait déjà constaté l'abondance du tissu cellulaire en avant de la vessie.

Il n'est pas douteux que ce lipome pré-vésical joue un grand rôle dans la cystocèle et contrairement à l'avis de Boeckel, de Hedrich, de Thiriar, nous pensons qu'il faut faire entrer pour beaucoup la lipocèle dans la pathogénie de cette affection.

Thiriar et Hedrich se fondent pour lui nier tout rôle important sur ce que les observations antérieures à celles de Monod ne contiennent rien relativement à la graisse pré-vésicale. Ce n'est pas une raison plausible. Les cas de Verdier, de Reverdin 1890, de Jungengel 1892, de Lejars 1893, de Demoulin, de Sébilleau, de Schwartz, etc..., viennent à l'appui de la théorie de Monod.

Toutefois nous n'hésitons pas à admettre que Monod et Delagenière font jouer un bien grand rôle dans la production de la cystocèle : car, comment admettre que la hernie vésicale se fait invariablement et uniformément en 2 temps : 1° Production d'un lipôme pré-vésical ; 2° engagement de la vessie à la suite du lipome dans l'anneau inguinal ?

Quoiqu'il en soit, la cystocèle primitive est une

affection rare : pour nous, cette forme est l'exception. Nous sommes convaincus que le plus grand nombre de cystocèles sont consécutives à des tractions exercées sur la paroi vésicale par une anse intestinale déjà herniée au moyen d'adhérences péritonéales.

Si nous consultons les diverses observations que nous avons à notre disposition, nous sommes frappés par ce fait que la hernie intestinale est très volumineuse alors que la cystocèle est à peine marquée. De plus, nous trouvons un sac plus ou moins incomplet dans la grande majorité des cas. Nous arrivons ainsi naturellement à étudier la forme secondaire.

#### B. — *Cystocèle secondaire*

La cystocèle est dite secondaire lorsqu'elle succède à une hernie intestinale ou épiploïque déjà existante.

Comme nous l'avons dit, c'est la forme la plus communément observée, la plus fréquente :

Ainsi nous nous rangeons à l'opinion de Verdier, de Duret, de Leroux, de Boeckel, de Thi-

riar, d'Hedrich, de Lardy, de Schwartz, de Sié-  
gel, etc.

La cystocèle secondaire peut s'établir suivant  
2 mécanismes différents. Il y a en effet :

1° *La cystocèle par glissement.*

2° *La cystocèle par bascule.*

C'est la classification de Leroux.

Duret, dans sa thèse d'agrégation (1883), dis-  
tingue 2 sous-variétés de cystocèles secondaires :

1° *Tumeur herniaire avec adossement de la vessie.*

C'est le cas le plus fréquent.

2° *Tumeur herniaire avec intussusception de la  
vessie.*

Cette dernière dénomination correspond à la  
cystocèle par bascule de Leroux.

a). *Cystocèle par glissement.* — Ainsi qu'il a été  
dit plus haut, la forme de cystocèle secondaire la  
plus connue est celle qui se produit par glisse-  
ment. Verdier l'a étudiée d'une façon magistrale  
et depuis, cette variété a été reconnue la plus  
commune et acceptée par la plupart des chirur-  
giens. Son mécanisme est très simple, très facile  
à saisir. Etant donné une entérocèle inguinale ou  
une hernie intestino-épiploïque, ce qui est le cas  
le plus fréquent, cette hernie ira en progressant,  
à un moment donné son volume sera arrivé à un

point tel, que le sac herniaire va se distendre. Dès lors, le péritoine suivra son impulsion, il se laissera entraîner et en même temps la séreuse attirera la vessie qui finalement fera hernie : la cystocèle sera constituée. En vertu de ce mécanisme, ce n'est plus la face antérieure de la vessie qui s'engage, mais la paroi immédiatement adhérente au péritoine, c'est donc la partie postéro-latérale qui fait hernie. *La vessie semble adossée à un sac herniaire.* (Duret). Aussi conçoit-on que la cystocèle secondaire par glissement soit le cas le plus fréquent.

Ce dire est confirmé par l'étude du sac. En effet si nous consultons les différentes observations, nous trouvons que la plupart des cystocèles rencontrées, sont pourvues d'un sac incomplet. C'est du reste l'opinion de Thiriar, de Duret, de Schwartz, etc...

Nous trouvons donc un élément de diagnostic de cystocèle secondaire, et nous le formulerons ainsi : « *Toutes les fois qu'on trouvera au cours d'une opération de hernie inguinale, la vessie pourvue d'un sac incomplet, la hernie intestinale ou épiploïque étant plus considérable que la hernie vésicale, on sera en droit de conclure à une cystocèle inguinale secondaire par glissement.* »

b). *Cystocèle par bascule.* — Cependant la théorie précédente ne suffit pas à expliquer le mode de production de toutes les hernies vésicales secondaires : Puisque nous avons admis qu'un sac incomplet est le signe pathognomonique d'une cystocèle par glissement, par quelle hypothèse pouvons nous expliquer le mécanisme des cystocèles ayant un sac complet ? Les observations de cette variété sont rares, il est vrai : nous n'en connaissons guère que trois, celles de Kronlein de Leroux et de Jaboulay. Mais ces trois observations établissent d'une façon bien certaine l'existence de cette variété. C'est ici qu'ont leur place les théories de Leroux et de Duret. Nous allons tâcher de les résumer de notre mieux.

Si, sous l'influence d'une cause quelconque, indéterminée, l'épiploon ou le péritoine pariétal contractent des adhérences avec le péritoine qui coiffe la vessie et que cet épiploon ou cette anse intestinale s'engage dans le canal inguinal, il y a chance pour que les tractions répétées sur le péritoine vésical entraînent la vessie dans le trajet que vient de suivre l'organe déjà hernié. Mais la vessie n'y pénétrera évidemment pas d'une façon indifférente : c'est par le sommet qui est intime-

ment soudé au péritoine, que ce dernier va l'attirer. Suivant que la hernie sera située à droite ou à gauche, le péritoine entraînera le sommet de la vessie d'un côté ou de l'autre. Mais comme le feuillet de la séreuse devra s'infléchir pour descendre dans le canal inguinal, la vessie devra forcément osciller et basculer pour suivre le péritoine dans son trajet. Le péritoine arrivant le premier au contact de l'anneau, il va s'étaler plus ou moins et recevoir la vessie qui, en vertu de la pression intra-abdominale, le chassera au-devant d'elle, en s'en coiffant, en s'en faisant une calotte. Ainsi sera constituée une cystocèle par bascule. Cette façon d'envisager une hernie vésicale avec sac complet, nous paraît, avec Duret et Leroux, expliquer d'une façon très plausible, les cas de Krœnlein, de Larabrie et de Jaboulay. Du reste cette hypothèse a été contrôlée et vérifiée par Leroux (*Revue Mensuelle de Chirurgie* 1888), qui a trouvé des brides assez résistantes entre la vessie recouverte de son péritoine et la masse épiploïque.

Nous reportons à la fin de notre travail les observations de Krœnlein et de Leroux qui permettront pièces en mains, de bien comprendre le mécanisme de cette variété intéressante de cystocèle.

c). — *Cystocèle opératoire.* — Plusieurs auteurs ont décrit une cystocèle opératoire.

La hernie vésicale se produirait au cours d'une cure radicale de hernie, la vessie étant amenée, on ne sait comment, dans le champ opératoire. Nous repoussons cette façon d'envisager la hernie vésicale : dans ce cas, nous n'avons plus à faire à une cystocèle puisque la hernie ne se produit plus de par le fait du sujet ou d'un effort de sa part ou de la faiblesse de sa paroi abdominale. Nous nous trouvons alors en présence d'un prolapsus quelconque à travers des anneaux plus ou moins détruits ou élargis par le manuel opératoire : Un bon chirurgien ne saurait produire un fait de ce genre.

En résumé nous dirons que :

1° La cystocèle primitive, bien qu'elle existe ne peut être envisagée comme variété unique de hernie vésicale inguinale.

2° Que la variété la plus commune, celle qui constitue la règle, est la *cystocèle inguinale par glissement, par adossement au sac, et qui a un sac incomplet.*

3° Que la variété par *intussusception* décrite par Duret, quoique très intéressante n'en est pas moins rare et qu'elle constitue l'infime exception.

## CHAPITRE IV

### SYMPTOMALOGIE ET DIAGNOSTIC

Les symptômes de la cystocèle inguinale ont été décrits par tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection. Leur valeur a été exagérée par les uns, et diminuée par les autres. D'aucuns ont eu à cœur de contribuer à la symptomatologie de la hernie vésicale : aussi nous trouvons-nous en présence d'une foule de signes que nous avons entrepris d'analyser afin de dégager les vrais symptômes de cette affection.

Nous devons tout d'abord distinguer les signes physiques et les signes fonctionnels.

## I. — *Signes physiques*

Un individu atteint d'une cystocèle inguinale présente des signes assez caractéristiques concernant l'aspect de sa tumeur, sa consistance, son degré d'irréductibilité, ses adhérences, etc...

D'abord la tumeur offre l'aspect d'une hernie ordinaire qui a évolué peu à peu, en plusieurs années : à un moment donné cette hernie acquiert un tel degré que l'individu qui en est porteur vient solliciter un chirurgien de l'opérer. Le malade raconte que cette hernie est assez douloureuse, qu'elle augmente lorsqu'il n'a pas pissé depuis plusieurs heures et qu'elle diminue lorsqu'il a uriné, ou gardé la station horizontale pendant quelque temps. Le volume de la tumeur varie du reste, atteignant parfois la grosseur d'une tête d'enfant. Ainsi cette alternative de vacuité ou de plénitude de la hernie doit faire songer le chirurgien à une cystocèle inguinale.

Les autres caractères physiques de la hernie vésicale sont sa consistance pâteuse, sa matité à la percussion, et enfin l'irréductibilité de la tumeur.

De tous ces symptômes physiques nous n'en retiendrons qu'un : Les variations de volume de la tumeur suivante que le malade a uriné ou non.

La consistance pâteuse d'une hernie ne saurait être un signe certain de cystocèle, car on observe fréquemment d'énormes épiplocèles qui donnent cette sensation.

Bien que l'irréductibilité soit la règle, nous ne pouvons non plus en faire un caractère propre à la cystocèle. Sans doute dans la plupart des cas le taxis sera impossible, à cause des adhérences du lipôme herniaire et de la vessie avec le sac de l'entérocele. Mais si la hernie vésicale est peu marquée, si les grosses adhérences avec le sac ne se sont pas encore produites, la cystocèle sera réductible : On voit donc que l'irréductibilité ne peut être pour le chirurgien un signe certain de cystocèle.

Nous n'attribuerons donc une valeur diagnostique, qu'à un seul symptôme physique : Les variations de la tumeur inguinale suivant que le malade n'a pas uriné depuis plus ou moins longtemps.

## II. — *Signes fonctionnels.*

Les signes fonctionnels sont aussi importants à connaître, car ce sont eux souvent qui, combinés avec les symptômes physiques vont éclairer le chirurgien et le mettre sur la voie d'un diagnostic ferme.

Au premier rang de ces signes nous devons faire figurer les *troubles de la miction*.

Ce signe n'a pourtant aucune valeur absolue ; ainsi chez deux de nos malades, nous ne trouvons rien de caractéristique de ce genre.

Cependant si un malade porteur d'une hernie vient nous dire : J'urine difficilement malgré le grand besoin que j'en éprouve ; ma vessie se vide peu à peu et lorsque ma miction est finie j'éprouve un grand soulagement, parce que je ne souffre plus de ma hernie... » alors, certes, nous serons en droit de poser le diagnostic *probable* de cystocèle. Nous disons probable, parce que ces troubles urinaires peuvent tenir à tant d'autres causes. Notre malade peut être un prostatique, il peut avoir du spasme et de l'irritabilité

de la vessie, des lésions ascendantes de l'uretère, etc.

Et pas plus que ces troubles urinaires, les irradiations douloureuses dans la cuisse et l'abdomen n'ont une valeur réelle. Ces douleurs sont vagues, fugaces, prenant souvent le caractère de coliques... en tous les cas elles ne sont pas caractéristiques de la cystocèle.

Mais nous croyons fermement avec Jaboulay et Imbert que le *toucher rectal* peut fournir des indications précieuses pour le diagnostic de la cystocèle inguinale.

En cas de hernie moyenne, si la vessie est herniée, le chirurgien pratiquant le toucher rectal percevra, croyons-nous, le déplacement de la prostate qui sera déviée du côté de la hernie.

Cette *déviatiou de la prostate et le changement de volume de la tumeur herniaire suivant les mictions*, nous paraissent être les *seuls* symptômes pouvant servir à baser un diagnostic presque certain de cystocèle inguinale.

Établir d'emblée le diagnostic précoce de cystocèle est en effet chose peu aisée. Pour quelques diagnostics confirmés à l'opération, combien de hernies vésicales qui n'ont pas été soupçonnées ou qui ont été l'objet de lésions plus ou moins étendues !

On connaît l'expérience de Monod : l'éminent chirurgien soupçonnant une cystocèle (observ. in Rev. de Chirurgie 1889) chez un individu, voulut mettre en évidence la hernie vésicale par une injection d'une certaine quantité d'eau. Il pensait ainsi distendre la vessie et obtenir une augmentation de volume de la tumeur extra-abdominale par passage du liquide de la vessie dans le diverticule. Il injecta ainsi 450 grammes d'eau, et rien ne se produisit au niveau de la tumeur inguinale.

Monod n'a pu établir nettement son diagnostic qu'après avoir largement débridé l'anneau. C'est dire que le diagnostic précoce de la cystocèle inguinale est fort difficile même par l'emploi des agents physiques.

Du reste, il n'existe à notre connaissance que 5 ou 6 cas où le diagnostic a pu être formulé : ce sont ceux de Verdier 1753, Méry 1713, Brodier 1892, Jaboulay 1895, Marchant 1875, de Larabrie 1881.

Nous allons scinder notre étude du diagnostic

et nous nous occuperons séparément du diagnostic pré-opératoire et du diagnostic au cours d'une opération de cure radicale.

a. *Diagnostic pré-opératoire.* — On a voulu établir un ensemble de signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une cystocèle chez un individu porteur d'une hernie inguinale.

On a cherché à donner une grande valeur aux troubles de la miction, aux irradiations douloureuses, à la variation de forme de la hernie suivant la quantité d'urine émise, etc.

Ces signes ont été analysés plus haut, mais nous croyons qu'il est impossible d'affirmer : *tel malade a une cystocèle*. Les caractères théoriques d'une affection disparaissent souvent en effet dès qu'on se trouve au lit du malade.

On a considéré jusqu'à présent comme étant atteint de cystocèle un individu porteur d'une hernie qui vient affirmer qu'ayant des envies fréquentes d'uriner s'il vient à presser sur sa tumeur herniaire ou à la comprimer, l'urine s'échappe aussitôt par l'urèthre en même temps que sa hernie diminue. Ce signe a une certaine valeur sans doute. Cependant il nous sera permis d'attester un fait de ce genre qui n'a pas confirmé la preuve à l'opération.

Extrait d'une observation inédite  
(Service de M. Schwartz, 1896).

Le nommé Anatole Petitpot entre à l'hôpital Cochin le 3 avril 1896, où il est admis dans le service de M. Schwartz, salle Gosselin.

Ce malade a déjà été opéré d'une double hernie inguinale en 1894, et il rentre pour une récédive du côté droit.

Son état général est mauvais, il est manifestement tuberculeux. Au moment de son entrée il fait même une poussée pulmonaire et on surseoit à l'opération. Comme son état général ne s'améliore pas très vite, M. Schwartz lui déclare ne pas vouloir l'opérer. Mais ce malade le supplie tant et plus, que notre chef lui promet la cure de sa hernie lorsqu'il ne toussera plus.

Son état s'étant considérablement amélioré, et comme il insiste de plus en plus l'opération est décisive.

Nous examinons le malade le 15 mai. Il présente à droite au niveau de l'orifice externe une tumeur de consistance pâteuse, mate à la percussion, mais pas très volumineuse, car elle ne descend pas au fond des bourses. M. Schwartz porte le diagnostic d'épiplocèle, peut être accompagnée de cystocèle, mais il réserve formellement ce deuxième point de son diagnostic, malgré que le malade lui ait déclaré éprouver des douleurs assez vives irradiées à l'abdomen et à la cuisse, ainsi que des troubles de la miction.

Curieux d'étudier à fond cette symptomatologie qui ressemblait en tous points à celle de la cystocèle, ne

nous expliquant pas pourquoi notre chef réservait ainsi son diagnostic, nous demandons à notre malade de vouloir bien ne pas uriner de 5 heures du matin à midi et de rester couché. Il veut bien y consentir et à 11 heures cet individu nous déclare qu'il a fait ponctuellement ce que nous lui avons demandé de faire la veille. Sa tumeur, nous dit-il, a augmenté peu à peu de volume ; actuellement elle atteint le fond des bourses. Le malade va uriner. Mais a-t-il comprimé sa tumeur ? Est-ce l'effet de la station debout ? Il revient avec une hernie réduite de trois quarts. Dès lors notre diagnostic ferme est celui-ci : Epiplo-cystocèle inguino-scrotale droite.

Trois jours après le malade est opéré par M. Schwartz. On ne trouve que l'épiploon, pas de vessie du tout.

La cure radicale est pratiquée.

Le 15 juin le malade est absolument guéri n'ayant pas eu de température ; son état général est excellent. Plus de troubles urinaires.

C'est un cas isolé, peut-on nous objecter, nous l'accordons bien volontiers. Mais il n'en existe pas moins. Nous ne voulons pas entreprendre la discussion de ce diagnostic, cela nous entraînerait trop loin, sans probablement aboutir à une explication plausible. Nous n'en retenons pas moins le fait et nous le signalons à seule fin de démontrer que la disparition de la tumeur par la compression ou par la miction n'a pas une valeur absolue, ainsi que le voudraient Pilz, Brodier, Siegel, Méry, etc.

Un signe de certitude, encore relatif, est le fait de la communication du diverticule avec la vessie. Cette démonstration se fait aisément en injectant par l'urèthre dans la vessie une certaine quantité de liquide antiseptique. Si donc la hernie étant réduite, on pratique l'injection et si la tumeur se reproduit, augmentant peu à peu suivant la force impulsive donnée à l'injection, on sera fondé à coup sûr à porter le diagnostic de cystocèle inguinale. Mais encore, le canal qui relie les deux poches, peut être obstrué, il peut être filiforme, au point que l'injection ne parviendra pas dans la poche extra-abdominale. On connaît le cas de Monod rapporté plus haut : L'injection ne donna aucun résultat et cependant la cystocèle fut trouvée à l'opération.

Le seul moyen de reconnaître une cystocèle inguinale à notre avis, est celui proposé par Piquet : ponctionner la tumeur avec la seringue de Pravaz. Et encore cette opération se fera-t-elle toujours sans danger? Obtiendra-t-on facilement un résultat avec une petite cystocèle, comme c'est le cas lorsqu'il y a entéro-cystocèle?

En somme, nous ne reconnaissons aucun signe pathognomomique qui puisse permettre de poser un diagnostic pré-opératoire ferme de la hernie vésicale. Tels symptômes associés feront la plu-

part du temps reconnaître une cystocèle. Mais il *n'existe pas de signe de certitude absolue* de cette affection.

Il importe peu du reste d'affirmer avant l'opération qu'on a affaire à une hernie vésicale, car il existe des signes de certitude qui permettent de reconnaître la cystocèle au cours de la cure radicale. A la faveur de l'antisepsie rigoureuse qui préside au manuel opératoire de tous nos maîtres, on peut aisément se livrer à la recherche de ces signes qui presque toujours décèleront la cystocèle.

1° *Le lipome pré vésical* décrit par Monod en 1889, est *un signe constant de cystocèle* ; ce lipome n'a rien de commun avec la graisse péri-vésicale, il a des caractères bien spéciaux : c'est un tissu graisseux tantôt mou, tantôt ferme, toujours très dense, le plus souvent c'est un tissu fibro-lipomateux, jamais adhérent à la paroi abdominale en voyant des tractus au sac herniaire et à la vessie, tractus qui unissent si intimement le sac à la paroi vésicale qu'on ne peut provoquer le décollement de la vessie sans que cet organe saigne abondamment.

Hedrich a voulu nier ce rôle important à la *lipocèle*. Cependant, il nous est avis que c'est là un signe de la plus grande valeur. Non seulement,

Monod le relate dans ses 3 observations, mais le cas de Broca, de Brodier, de L. Champonnière, de Kümmer, de Sébilleau, de Quénu, de Schwartz etc... en font foi. Notre maître, M. le professeur agrégé Schwartz, bien avant la communication de M. Monod, avait fait cette remarque en opérant un malade à l'hospice de Bicêtre, en 1887. L'observation a été malheureusement égarée; mais il nous a affirmé qu'au cours d'une cure radicale de hernie inguinale, il évita de blesser la vessie grâce à la présence d'un lipome qui, en effet, lui masquait l'organe.

Encore, le 12 juin courant, pratiquant une cure radicale d'une hernie qu'il avait diagnostiqué entéro-épylocèle, M. Schwartz, après la section des téguments, tombe sur une masse graisseuse énorme, adhérente au sac et qui offre tous les caractères de la lipocèle; aussitôt il porte le diagnostic de cystocèle: et, en effet, ayant décollé ce tissu graisseux il tombe sur un diverticule de la vessie.

Il est donc indiscutable, que la lipocèle est un élément précieux de diagnostic.

2° Un autre signe qui n'a pas une moins grande valeur que le précédent, c'est la disposition des fibres musculaires que l'on peut trouver au niveau de la moitié interne du sac. La paroi vési-

cale, en effet, peut être épaissie ou amincie, mais si on constate que les fibres musculaires sont réticulées, on posera un diagnostic certain de cystocèle, car la vessie est le seul organe de cette région dont les fibres musculaires présentent une telle disposition.

On conçoit encore plus facilement que ces deux signes étant réunis, — lipome et paroi à fibres réticulés — on puisse porter un diagnostic absolument certain, en affirmant qu'on a affaire à une hernie vésicale.

En résumé, nous dirons que s'il est la plupart du temps impossible de formuler un diagnostic *précoce* de la cystocèle, on pourra toujours reconnaître cette affection, au cours d'une cure radicale, grâce aux deux signes que nous venons d'étudier.

## CHAPITRE V

### PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

« Le pronostic de la cystocèle en elle-même est incontestablement bénin, elle peut évoluer pendant des années sans donner lieu à aucun trouble grave. Cependant, si on songe aux accidents nombreux qui peuvent en être la conséquence, on sera bientôt convaincu de la nécessité de débarrasser le porteur d'une hernie vésicale. 1° D'abord la vessie herniée devient promptement *irréductible* par suite des adhérences qu'elle contracte avec le sac herniaire ; si c'est une cystocèle secondaire, elle ira en augmentant de volume.

2° De plus, elle peut *s'étrangler*, les caractères de cet étranglement ne sont pas bien définis, d'au-

cuns le nient même. Cependant certains sujets ont éprouvé les phénomènes d'un étranglement herniaire : hoquet, vomissements, douleurs vives. Et nous ne voyons pas pourquoi une entéro-cystocèle ne subirait pas ce mécanisme. Du reste les observations de Kronlein 1876, de Broca (1883) de Walther (1892), sont un bel exemple de ce genre d'étranglement d'entéro-cystocèle.

3° Le diverticule vésical peut encore être envahi par des *calculs* qui y séjourneront et détermineront des troubles plus ou moins graves. Un grand chirurgien anglais, Buckston Browne, dans une communication à la Société clinique de Londres (24 janvier 1890), s'exprime ainsi :

« Mon malade est âgé de 74 ans. C'est un ancien prostatique avec rétention, portant depuis quelques années un bandage pour une hernie inguinale droite. Je lui trouvai une pierre et lui proposai une lithotritie. Au cours de celle-ci, je constatai que mon explorateur s'engageait dans la tumeur inguinale et y sentait des calculs. »

4° Enfin, la vessie peut s'enflammer, s'infecter même par l'urine qui séjourne dans le diverticule, alors nous serons en présence de troubles urinaires plus ou moins graves. Et pour peu qu'il existe une lésion antérieure de la vessie ou des uretères, nous sommes exposés à voir notre

malade en proie à des crises d'urémie, à des symptômes de lésions rénales dont le dernier terme sera la mort (Leroux. — Piquet).

Telles sont les complications qui peuvent surgir chez un malade porteur d'une cystocèle. Comme on le voit, le pronostic devient très grave pour l'avenir du hernieux : il est de toute nécessité qu'il se fasse opérer au plus tôt de sa hernie vésicale ; car il ne peut que retirer un grand bienfait de la cure radicale de sa cystocèle. Cette opération qu'il y a quelque vingt ans, on ne pratiquait qu'en désespoir de cause, est devenue aujourd'hui courante, grâce au perfectionnement du manuel opératoire et surtout grâce à l'usage d'une antisepsie rigoureuse. « Le hernieux est un malheureux d'une espèce particulière. Il lui est défendu sous peine de mort de faire un effort violent, de prendre un gros rhume. La difformité qu'il porte, constitue aux yeux du monde une tare qu'on n'avoue qu'avec peine ou qu'on passe une partie de sa vie à dissimuler.

... Les hernieux sont sujets à une déchéance organique dont on trouve la preuve chez les gens atteints de grosses hernies ou de hernies anciennes. »

Ainsi s'exprime Lucas-Championnière, l'éminent chirurgien de Saint-Louis, qui a tant fait

d'efforts pour vulgariser la cure radicale, aujourd'hui acceptée par la plupart des chirurgiens.

Si nous réfléchissons à la gravité des complications de la cystocèle, à plus forte raison serons-nous doublement autorisés à penser avec cet auteur que la cure radicale de cette affection s'impose. Les résultats, d'ailleurs, sont excellents : et si nous parcourons les différentes observations de cure radicale de hernie vésicale, nous constatons que pas une mort ne s'est produite du fait de cette opération. Nous ne pouvons songer, en effet, à lui imputer les cas malheureux de Polaillon dont le malade meurt de shok opératoire, de Demoulin dont la malade succombe à une congestion pulmonaire double, de Monod dont l'opéré est mort sans que sa vessie ait été seulement ouverte, de Guyon (in Imbert 1896) dont le malade meurt de congestion pulmonaire liée à des accidents d'infection urinaire, etc.

Il est donc rationnel à tous les points de vue toutes les fois qu'on aura affaire à un malade porteur de cystocèle de lui proposer la cure radicale de sa tumeur : l'opération sera le plus souvent acceptée avec empressement ; en tous les cas, il sera bon de prévenir le malade des bons effets de l'opération après lui avoir démontré les graves accidents auxquels il est exposé.

Il faut même opérer de bonne heure afin d'éviter les complications qui peuvent surgir d'un moment à l'autre, les adhérences, l'étranglement, les lésions urinaires, etc.

Il est cependant entendu qu'on ne devra pas opérer indistinctement et d'une façon irréfléchie toute hernie vésicale, car il existe des contre-indications, les unes absolues, les autres relatives.

Parmi les contre-indications absolues, nous ferons figurer le grand âge, la cachexie sénile, les accidents urémiques, etc.

En fait de contre-indications relatives, nous reconnaissons le diabète, l'éthylisme, la cystite chronique, qui, suivant son état général, permettront au malade de supporter ou non le choc opératoire.

En définitive, toutes ces malechances étant éliminées, le chirurgien devra procéder à la cure radicale de la cystocèle, le pronostic restant trop grave et l'opération donnant les meilleurs résultats.

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT — CURE RADICALE

Autrefois, on n'opérait pas les hernies ; on les contenait par un bandage, quelle que fût la sorte de hernie. Cette méthode de traitement subsista longtemps malgré les désavantages qu'elle procurait, et ce n'était jamais qu'en dernière ressource, dans un cas d'étranglement herniaire, par exemple, qu'on pratiquait la kélotomie. Les contemporains s'aperçurent cependant des mauvais résultats de ce traitement et plusieurs chirurgiens cherchèrent à donner de l'extension à la kélotomie, quand vint Lucas-Championnière qui, le résultat de ses opérations en mains, montra les avantages de la cure radicale et la fit facilement accepter par tous les chirurgiens.

Actuellement, il faut opérer, suivant Lucas-

Championnière, « toute hernie s'accompagnant d'une douleur inaccoutumée, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature. »

Si on se trouve donc en présence d'une cystocèle diagnostiquée déjà ou que l'on trouve au cours de l'opération, quelle conduite doit-on tenir? Nous avons deux hypothèses à envisager.

1° *La cystocèle est peu volumineuse*, elle est libre d'adhérences, et les anneaux ne sont pas trop élargis. Dans ce cas, on devra se contenter de refouler la vessie; et comme il y aura généralement une entérocele, on réséquera le sac après l'avoir lié le plus haut possible. Cela revient, comme on le voit, à faire une cure radicale ordinaire;

2° Mais supposons que la tumeur vésicale, accompagnée ou non de l'intestin ou de l'épiploon, constitue un diverticule appréciable; ici, nous aurons des adhérences intimes, une lipocèle qui se laissera enlever difficilement, et le plus souvent un amincissement de la paroi vésicale tel, que la vessie est fatalement exposée à se déchirer. Dans ce cas, la cure radicale de la cystocèle par la résection large s'impose. Pour qu'il y ait lieu à cette opération, il ne suffit pas que le canal de communication entre les deux poches vésicales soit oblitéré, car pour arriver à s'hernier à ce

point, la vessie aura perdu sa tonicité ; elle sera souvent très distendue, et le malade n'aura qu'à gagner, pour le bon fonctionnement de son organe, à une résection large qui ramènera autant que possible la vessie à sa capacité normale. Cette intervention est du reste rationnelle et si on consulte nos observations personnelles, celle de Quénu, etc., on sera convaincu que c'est là une méthode de choix dont on doit faire bénéficier le porteur d'une cystocèle.

Mais comme pour une cystocèle très marquée, nous trouvons la plupart du temps soit un effondrement du canal inguinal, soit un anneau herniaire très élargi, nous proposons d'appliquer à la cure radicale de la cystocèle le *procédé myoplastique* que notre maître, M. Schwartz, a fait connaître et appliqué le premier en 1893. Combinée à la résection large de la vessie, ce procédé constitue une méthode de choix dont l'emploi a toujours été couronné de succès, ainsi qu'on peut s'en rendre compte d'après nos observations personnelles.

Nous allons donc exposer le manuel opératoire de cette affection, tel que nous l'avons vu pratiquer par M. le docteur Schwartz.

*Manuel opératoire.* Nous supposons, et c'est le cas le plus fréquent, que nous avons affaire à une entéro-cystocèle ou à une épiplo-cystocèle.

Le malade étant endormi, la région est soigneusement lavée et aseptisée.

Une longue incision de 15 centimètres est pratiquée suivant la direction du canal inguinal, et la peau étant sectionnée, on tombe sur un tissu cellulaire plus ou moins lâche, puis sur le sac qui, généralement, n'offre aucune adhérence avec le cordon ou ses éléments.

Si on cherche à isoler le sac, on trouve qu'il présente du côté interne et en arrière une masse grasseuse qui lui est intimement unie et qui saigne plus ou moins abondamment si on essaie de les séparer : c'est le *lipome prévésical*. On trouvera, derrière lui, la vessie qui sera facilement reconnaissable à la disposition réticulée de ses fibres musculaires. Dans un temps, on décollera cette masse grasseuse du sac et on décortiquera la vessie, soit à la sonde cannelée, soit au bistouri, mais dans ce cas, en employant les plus minutieuses précautions.

Dans un troisième temps, le sac herniaire sera libéré jusqu'au-delà de l'anneau et réséqué après une double ligature en chaîne à la soie.

Ensuite, sans chercher à réduire la vessie, on

la décollera le plus loin possible et on pratiquera la résection de toute la paroi vésicale herniée.

Cela était fait et sans abandonner la muqueuse comme dans le procédé de Quénu, on la décollera du muscle vésical sur une hauteur de 2 à 4 centimètres et elle sera suturée au moyen de 8 à 16 points de catgut très rapprochés au moyen d'aiguilles très fines, puis on fera la suture du muscle vésical au moyen de 6 à 10 points de soie; enfin on établira un troisième plan de suture qui embrassera le précédent ainsi que le tissu cellulaire et consolidera ainsi la paroi vésicale. Pour plus de sûreté l'opérateur pourra fixer la vessie à l'anneau externe au cas où les sutures cèderaient.

C'est alors qu'il s'occupera de diminuer le calibre de l'anneau inguinal et se mettra en devoir de pratiquer la *myoplastie herniaire*. Pour cela on se servira du *grand droit de l'abdomen*.

La gaine de ce muscle étant ouverte, on séparera un lambeau musculaire qui comprenne à peu près la moitié de son épaisseur et ait 5 à 6 centimètres de longueur. Cela fait, le bistouri est insinué à plat derrière le pilier interne de l'anneau inguinal et pénètre jusque dans la loge du grand droit en y pratiquant une brèche qui donne passage à une pince : à l'aide de celle-ci,

on saisit le lambeau musculaire, on le renverse en dehors en l'engageant derrière le pilier interne et on double avec lui tout le trajet herniaire. Quelques points de suture à la soie fixent le lambeau musculaire à la paroi postérieure en arrière, en dehors, au petit oblique, en bas à l'arcade crurale, en ayant soin de ne pas blesser le cordon.

Ensuite, le lambeau étant fixé, on refermera par des sutures à la soie fine la gaine du grand droit, et on réunira au-devant du muscle les deux piliers de l'anneau inguinal en ayant soin de les unir au lambeau par 2 points de suture.

Ainsi fait, la paroi abdominale sera reconstituée au niveau du trajet inguinal. Suture de la peau, drainage à la gaze iodoformée et pansement.

Ce procédé opératoire imaginé par notre maître le professeur agrégé Schwartz a été excellent dans tous les cas qu'il a eu l'occasion de traiter : nous avons voulu consulter son cahier d'observations et nous avons constaté que sur une centaine de cures radicales de hernies, les suites opératoires avaient été excellentes et que moyennant le port d'un bandage pendant les 3 ou 4 mois consécutifs à l'opération *pas une* récurrence ne s'était produite.

Ces résultats encourageants nous font souhaiter l'usage de ce procédé de choix. Il nous semble qu'il sera de la première utilité dans la cure ra-

dicale de la cystocèle inguinale où la distension exagérée des anneaux, l'effondrement du canal inguinal se rencontrent le plus souvent. Des quelques cas de cystocèle opérés par cette méthode, que nous rapportons à la fin de notre travail, nous ne voulons pas induire que ce soit le seul procédé à employer : nous sommes seulement persuadés qu'à ce jour c'est là le meilleur procédé opératoire à appliquer dans la cure radicale d'une cystocèle inguinale, parce qu'il reconstitue la paroi abdominale bien mieux que tous les autres artifices employés jusqu'à ce jour.

Quand à la résection de la paroi vésicale herniée, notre maître n'a eu qu'à se louer des résultats qu'il a obtenus. Immédiatement après l'opération le malade a pu uriner facilement avec ou sans sonde, sans aucune douleur, et sans complications du côté de la vessie ou de l'appareil rénal.

A l'encontre de Berger, Guelliot, Lejars, Sébileau, nous n'avons pas, de par ce procédé, des fistules urinaires. Les résultats de ces auteurs, ont été bons il est vrai, puisque la guérison s'en est suivie, mais ne vaut-il pas mieux supprimer du coup cette cause d'infection de la plaie opératoire et obtenir ainsi un résultat plus immédiat ?

Cette méthode présente donc un double avan-

tage, puisqu'en permettant de reconstituer, la paroi abdominale elle nous offre une sécurité complète en nous évitant les complications urinaires post-opératoire.

Nous avons pensé que ce procédé de choix méritait d'être exposé à cause des services qu'il a déjà rendu, de ses conséquences heureuses nous avons voulu le signaler aux chirurgiens, persuadé qu'ils éprouveront une grande satisfaction de son emploi et les malades le plus grand bénéfice,



## CONCLUSIONS

I. — La cystocèle inguinale est une affection chirurgicale rare.

II. — On la rencontre le plus souvent chez les gens âgés, ou à la période de l'âge adulte confinant à la vieillesse.

III. — La hernie vésicale à travers le canal inguinal est *primitive* ou *secondaire*.

1° La première variété est très rare.

2° Distinguant dans la forme secondaire deux sous-variétés :

a) La cystocèle par *intussusception*.

b) La cystocèle par *glissement*.

Nous admettons que la première sous-variété est l'extrême exception et que la *cystocèle par glissement* est la règle.

IV. — Le diagnostic pré-opératoire est la plupart du temps impossible ; il n'existe pas de signe de certitude absolue.

V. — *Le lipôme pré-vésical* de Monod a une valeur considérable comme moyen de diagnostic au cours d'une cure radicale.

VI. — *Le pronostic* de la cystocèle inguinale est grave. Il est urgent d'intervenir dès qu'un diagnostic ferme est posé.

VII. — Le traitement par la cure radicale s'impose toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indications absolues (éthylisme, diabète, cachexies palustre ou sénile, lésions de l'appareil urinaire, etc.)

Nous proposons le manuel opératoire ci-dessus décrit :

1<sup>e</sup> Résection du sac herniaire après ligature en chaîne.

2<sup>e</sup> Résection du diverticule vésical s'il y a lieu.

3<sup>e</sup> Oblitération de la vessie au catgut au moyen de *trois étages de sutures*.

4<sup>e</sup> Réfection de la paroi abdominale par la *myoplastie herniaire*.

# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION I

*Plater, 1650 (Observation rapportée par Verdier in mém. à l'Acad. royale de chir. 1753).*

Cystocèle inguinale droite, prise pour une tumeur de l'aine. Coup de bistouri, en cherchant à extirper la pseudo-tumeur; immédiatement sortie de l'urine par l'incision. Pas de suture. Fistule persistante, car le malade avait un fort rétrécissement qui ne fut pas traité.

## OBSERVATION II

(Pott)

Cystocèle inguinale chez un *enfant* de 12 ans, prise pour une tumeur du cordon spermatique, « kyste solide », excision du segment hernié qui contenait une pierre; immédiatement écoulement de l'urine. Pas de suture. Fistule. Guérison.

## OBSERVATION III

*Berger 1882. (Obs. publiée dans la thèse d'agrégation de Duret. Paris (1883).*

Cystocèle inguinale droite.

Epiplocèle chez un homme de 61 ans. Dans l'intérieur du sac, sous l'épiploon, on trouve une bosselure gris-noirâtre, tendue, fluctuante, plus on l'attire plus elle

pédiculise. Cette bosselure est confondue avec un second sac herniaire ; après l'incision faite, l'opérateur croit avoir ouvert une bosselure du côlon, latéralement pincé. Incision de la vessie, qu'on ne reconnaît qu'au 7<sup>e</sup> jour, grâce à l'écoulement par la plaie d'un liquide séreux, d'odeur urineuse. Suture à la soie phéniquée fine : 4 points séparés, puis 2 points de suture en bourse. Fistule. Au bout de 3 mois et demi, il restait encore une fistulette.

#### OBSERVATION IV

*Lucas-Championnière, 1887. Cure radicale des hernies. Paris 1892 p. 274 et Monod et Delagenière. Revue de Chir., sept. 1889.*

Hernie avec sac inhabité. Masse graisseuse au-dessous. Cystocèle inguinale gauche pas aperçue avant la déchirure avec le doigt, en disséquant la masse graisseuse, immédiatement sortie de l'urine ; le doigt touche une sonde introduite par l'urèthre. Suture à 3 plans, fistule établie au 13<sup>e</sup> jour (Le drain donne passage à de l'urine). Guérie au bout de 5 jours.

#### OBSERVATION V

*Lucas-Championnière 1887. Cure radicale des hernies Paris 1892, p. 272.*

Sac vide. Masse graisseuse au-dessous. Cystocèle inguinale gauche chez un homme de 43 ans.

Comme dans le cas précédent, la vessie n'a pas été aperçue avant la déchirure faite par le doigt, en isolant

la tumeur mollassse située sous le sac. Immédiatement sortie de l'urine. Sonde sentie dans la plaie. Trois plans de sutures au catgut. Guérison immédiate.

#### OBSERVATION VI

*S. Bœckel, 1887. (Obs. publiée par Hedrick  
Gazette médicale de Strasbourg, 1898, N° 2, p. 17).*

Hernie intestinale. Cystocèle inguinale gauche chez un homme de 69 ans. La moitié interne du sac, très charnue, est entremêlée de flocons graisseux et adhérents. La vessie est confondue avec un épaissement de la paroi interne du sac, et liée avec le pédicule. Immédiatement on aperçoit, dans le pédicule, une petite cavité lisse, d'où sort du liquide. Suture. Sonde à demeure. Mort au bout de 48 heures d'anurie complète. L'autopsie n'a pas été faite.

#### OBSERVATION VII

*Guelliot, 1889. Cure radicale d'une hernie inguinale de l'intestin à gauche. — Lésion de la vessie découverte 10 jours après l'opération. — Fistule urinaire de l'aine. — Guérison.*

Un homme de 60 ans présente une hernie inguinale de chaque côté, la gauche est irréductible depuis 2 ans et empêche le malade de travailler.

A l'examen, je constate que cette hernie contient de l'intestin et une masse dure ; grâce au repos l'intestin se réduit ; mais en présence de la persistance de la masse précédente, je propose la cure radicale.

Immédiatement après l'incision, je tombe sur un sac situé en dehors du cordon, je le dissèque, l'ouvre et n'y trouve ni intestin ni liquide; je le resèque, le lie, et je suture la plaie. Après 10 jours, je trouve le pansement souillé par de l'urine; une injection poussée par l'urèthre sort par la fistule de l'aine. J'avais pris la vessie pour un sac herniaire. Je mis une sonde à demeure et le malade guérit.

#### OBSERVATION VIII

*Thiriar 1890 (Gazette hebdomadaire  
N° 35, page 411)*

Hernie inguinale droite énorme, contenant presque tout l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice. A la partie interne près de l'anneau, cystocèle que l'on prend pour un épaississement du sac en réalité épaissi. La vessie est reconnue immédiatement, pas d'écoulement d'urine, mais une sonde introduite par l'urèthre est sentie dans la plaie. *Suture à deux étages, au catgut. Guérison immédiate.*

#### OBSERVATION IX

*Hedrich, 1890 (Gazette médicale de Strasbourg)*

Cystocèle inguinale droite accompagnée d'une masse dure à l'aine, qui n'est autre chose qu'une poche kystique. On s'en aperçoit immédiatement.

Une sonde portée au centre du pédicule pénètre jusque dans la vessie. Pas de suture à cause d'un rétrécisse-

ment uréthral très serré. Tubes de Périer à demeure dans la plaie vésicale et surtout à l'aine. Mort au bout de trois semaines, accidents complexes : occlusion intestinale, etc.

#### OBSERVATION X

*J. H. Réverdin, 1890 (Revue médicale de la Suisse romande, n° 11, p. 698). Traduction dans la revue de Chir., février 1893, p. 119.*

Cystocèle inguinale gauche *chez une femme* de 42 ans, en rapport avec le sac vide, couvert d'une épaisse masse graisseuse.

Tissu blanchâtre et épais en dedans et en arrière.

La vessie n'est pas aperçue ; elle est liée avec le pédicule du sac. On la reconnaît immédiatement, car en réséquant le pédicule, on ouvre une petite cavité à parois lisses, blanchâtres ; et sur la partie réséquée, on trouve une membrane assez épaisse de 2 centimètres carrés. L'examen histologique de ce segment montre qu'il s'agit de la vessie. Sonde à demeure, mal supportée.

Fistule établie au 7<sup>e</sup> jour. Guérison au bout de 30 jours.

#### OBSERVATION XI

*Polailon 1890. Thèse de Bourbon 1892 et Lejars, Revue de chirurgie.*

Cystocèle inguinale droite chez un homme de 50 ans. La vessie est prise pour un sac herniaire et incisée. Immédiatement, écoulement d'urine. Suture, mort quelques heures après le choc opératoire. L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION XII

*Postempski, 1891. Academia medica di Roma, 24 mai,  
in Riforma medica, 4 juin.*

Cystocèle inguinale *sans sac*, confondue avec un sac herniaire épaissi malgré les fibres musculaires à sa surface, rappelant celle de la vessie. Incision et immédiatement jet d'urine. Suture. Fistule. Guérison au bout de 2 mois.

OBSERVATION XIII

*Pilz, 1891. Wiener Klin. Woch., n° 19. Revue de  
chirurg. Février 1893, page 133.*

Cystocèle inguinale droite chez un homme de 62 ans, confondue avec un sac herniaire. Incision d'un point ramolli, grisâtre, sphacélé. La vessie est reconnue immédiatement. Le doigt porté dans la plaie, pénètre dans la cavité à parois couvertes de trabécules. On excise la portion gangrénée. Mort le 3<sup>e</sup> jour d'urémie. Lésions rénales avancées.

OBSERVATION XIV

*Jungelgel, 1892 (Obs. publiée in Siegel. Zur Casuistik  
der Blasen. Hernien Inaugurale. Dissertation Wurzburg, 1892, et provenant de la clinique du professeur Schœnborn.*

Cystocèle inguinale droite, sans sac, chez un homme de 54 ans. La vessie est prise pour un sac herniaire vide lipomateux. Elle est incisée et disséquée. On met une

ligature au niveau du collet et l'on excise toute la portion herniée. Douleurs, urines sanglantes : on suppose d'abord une piqûre d'un diverticule herniaire de la vessie. 48 heures après, réouverture de la plaie, on trouve dans la paroi vésicale, une large perte de substance. La ligature jetée sur le collet de la vessie herniée avait glissé. Fistule établie, *suture à trois étages de la plaie* vésicale. Sonde à demeure. Fistule établie au 8<sup>e</sup> jour. Guérison de la fistule au bout de 8 jours, cicatrisation complète au bout de un mois et demi.

#### OBSERVATION XV

*Lejars, 1892 (Revue de chirurgie nos 1 et 2, 1893).*

Hernie de la trompe utérine accompagnée de cystocèle inguinale droite chez une femme de 39 ans. La vessie est en rapport avec un épaissement du sac en dedans.

On la déchire en cherchant à dissocier les adhérences. Immédiatement, jet d'urine. On excise un large segment aminci de la portion herniée, suture à 3 étages, au catgut et à la soie. Fistule; guérison spontanée au bout de 4 mois et demi.

#### OBSERVATION XVI

*Quénu 1893. Hernie inguinale droite. Ouverture de la vessie. Sutures. Guérison. In Thèse de Piquet, 1893.*

R. Auguste, 38 ans, chaudronnier, entre le 12 janvier 1893, salle Bichat, n° 15, service de M. le Docteur Quénu.

Le malade porte depuis environ 5 ou 6 ans, une hernie inguinale droite. Ce n'est qu'au mois de décembre 1892, qu'il se met à porter un bandage, mais la hernie devient légèrement douloureuse surtout dans les accès de toux. Il en accuse le bandage et l'abandonne.

*Opération.* Le 10 février 1893, M. Quénu procède à l'opération. Incision parallèle au canal inguinal sectionnant la peau, le tissu cellulaire et les couches sous-jacentes. La hernie se réduit facilement, mais le sac est fortement adhérent par sa paroi interne aux tissus environnants. On est obligé de disséquer au bistouri, puis on lie le pédicule. C'est alors qu'on aperçoit une nouvelle tumeur qui fait saillie à peu près à la même place que celle qu'occupait la hernie réduite. A première vue, on se demande si l'on n'a pas affaire à un deuxième sac herniaire. On se demande si ce n'est pas là un kyste du cordon, mais au toucher, on constate que cette tumeur ovoïde est fluctuante, et que le liquide qu'elle semble renfermer, fuit profondément sous le doigt dans la cavité abdominale ; au même moment, comme on touche à cette poche, un liquide jaune citrin en jaillit par une ouverture qui permet facilement l'introduction du doigt. On reconnaît alors que c'est la vessie, que c'était elle qui adhérait à la paroi interne du sac, et qu'en le disséquant on avait entamé le réservoir urinaire jusqu'à la tunique muqueuse. On procède alors à la suture des parois. La tunique est abandonnée à elle-même, le premier plan ne portant que sur la couche sous-muqueuse. On fait le deuxième avec la tunique musculaire de la vessie et le troisième avec le tissu cellulaire que l'on trouve sur

la tunique cellulaire. Puis on suture finalement les muscles et les parois incisés, on met le drain, et on fait le pansement sec. On introduit dans l'urèthre une sonde que l'on fixe au prépuce par un point de suture.

16 février. — La température est toujours restée à la normale depuis le jour de l'opération. On défait le pansement ; la réunion est obtenue, on n'enlève cependant pas les fils ni le drain.

La sonde est retirée, le malade urine facilement tout seul dans la journée.

20. Température toujours normale. On enlève le drain et les fils. Réunion par première intention. Les urines rendues par le malade sont claires et normales.

#### OBSERVATION XVII

*Entéroccèle, cystocèle inguinale gauche extra-sacculaire.*

*Ligature d'une portion de la vessie avec la pédicule du sac constatée après la fin de l'opération. Seconde intervention le lendemain. Suture des parois. Mort de congestion pulmonaire double 3 jours après. Autopsie. (Observation de M. Demoulin, publiée dans l'Union médicale du jeudi, 7 septembre 1893, n° 28, p. 326.)*

La nommée P... Marie, 63 ans, célibataire, blanchisseuse, est entrée le 13 avril 1893, à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, n° 10, service de M. le professeur Duplay, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Cette femme qui pèse plus de 100 kilogs, n'a jamais

été malade, n'a pas eu d'enfants, n'a point connu de hernieux dans sa famille. Elle raconte qu'elle a beaucoup grossi depuis une dizaine d'années, et qu'elle porte depuis 7 ans, 2 hernies qu'elle nous montre. L'une est ombilicale, pas douloureuse, de nature épiploïque ; l'autre est inguinale, gauche ; c'est celle-ci qui attire notre attention. Elle est étranglée, mais on ne peut porter un diagnostic ferme à cause de l'embonpoint du sujet.

*Opération.* — On n'essaye point le taxis ; on pratique la kélotomie. Incision de la peau sur une longueur de 12 centimètres dans le grand axe de la tumeur, parallèlement à l'arcade crurale, on rencontre de nombreuses couches cellulo-graisseuses ; sillonnées de grosses veines saignant assez abondamment, puis un sac peu épais, du volume d'une petite orange, nettement fluctuant ; on l'incise, il s'écoule 200 grammes environ de liquide citrin, nullement sanguinolent, sans odeur, après quoi, on trouve une anse d'intestin grêle longue de 30 centimètres environ. Elle est de couleur rosée, ne présente pas trace de constriction, pas de plaques ecchymotiques, ni de taches couleur feuille morte. Pas d'épiploon dans le sac. Il n'y a plus de canal inguinal, mais un véritable trou, admettant facilement les extrémités réunies du médius et de l'index dans la paroi abdominale extrêmement épaisse.

La réduction de l'intestin est faite, non sans peine. Le sac, à l'examen, paraît large, mince, facilement disséquable vers le fond. Il présente sur son côté *interne une masse grasseuse composée de lobules très fins, masse donnant quand on la palpe*, quand on cherche à la faire

rouler entre ses doigts, la sensation d'un gros intestin recouvert de graisse.

Elle est très adhérente à la partie postérieure de la face extérieure du sac dont l'opérateur ne peut l'isoler qu'à coups de ciseaux petits et lents. Malgré toutes les précautions que je prends, dit-il, pour raser autant que possible le sac et ne pas blesser l'organe dont je ne soupçonne guère la nature, je blesse ce dernier et par la petite plaie que je viens de lui faire, s'écoulent quelques gouttes d'un liquide jaunâtre, plus foncés que celui du sac.

L'interne, M. Bois, dit que ce liquide a une odeur urineuse, malheureusement je ne l'entends pas. Je mets une pince à force de pression sur le point blessé, et je continue ma dissection aussi haut que possible. J'arrive à séparer le sac d'avec la masse qui est en dedans de lui, c'est très pénible, mais enfin nous avons deux choses sous les yeux : en dehors, le sac ; en dedans, une masse piriforme, épaisse, *recouverte d'une couche graisseuse dont on ne peut la séparer*. Qu'était-ce que cette masse ? M. Demoulin l'ouvre largement, croyant avoir affaire à un second sac. Il lie le sac externe, agit de même pour l'interne dont le pédicule très épais est traversé par un double fil qui lie chacune des deux moitiés.

Suture de la paroi. Pansement. L'opération a duré une heure et demie. Pour qu'on laisse la malade tranquille pendant quelque temps, je la sonde, et à ma grande surprise, je retire de la vessie une cuillerée à soupe d'un liquide sanguinolent. Je songe immédiatement à une blessure de la vessie.

OBSERVATION XVIII

*Sébileau (1893). Epiplocèle volumineuse et cystocèle inguinale droite. — Lésion de la vessie ; fixations de la paroi abdominale. — Fistule. — Guérison.*

R... 42 ans, porteur aux Halles, est porteur depuis 9 ans d'une hernie qui a évolué peu à peu et qui offre aujourd'hui le volume de deux poings. Ce malade déclare que les mictions sont longues et difficiles, qu'il les accélère et les allège en comprimant la tumeur : il réclame l'opération.

*Cure radicale.* Section des téguments ; on tombe sur un sac herniaire et sur une masse adipeuse énorme. Ligature et résection du sac. Blessure de la vessie qui a des parois minces et facilement déchirables. M. Sébileau fixe tout simplement la diverticule à la paroi abdominale par 5 points à la soie.

Suites opératoires très bonnes : pas de température.

Fistule à la région hypogastrique.

OBSERVATION XIX

*Hernie inguinale gauche. — Cystocèle. — Lésion de la vessie. — Suture de la vessie. — Fistule. — (Piquet 1893).*

B... Etienne, cocher à la Compagnie des omnibus, âgé de 53 ans, entre le 10 octobre 1893, à l'hôpital Cochin, service de M. le professeur agrégé Quénu, salle Boyer, n° 18. Ce malade, d'une bonne santé habituelle, est sujet à la constipation depuis son enfance. Le vendredi, 6 octobre 1893, il prend un purgatif pour combattre sa

constipation opiniâtre. Avant cette date, il n'avait pas remarqué qu'il eût une grosseur dans l'aîne gauche. Le 7 octobre, il prend un nouveau purgatif de son propre chef. C'est ce jour-là qu'il constate sa hernie. Il éprouve en effet, une vive douleur dans le bas-ventre, tellement intense qu'il ne put plus respirer, dit-il. Ce fait attire son attention et il se décide à consulter le médecin de sa Compagnie qui constate une hernie inguinale gauche et lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Il se présente à la consultation le 10 octobre et est admis. On constate dans la région inguinale gauche, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon.

Il n'y a jamais eu de vomissements ni d'interruption du passage des gaz ou des matières fécales.

*Opération le 12 octobre.* — Après une incision de la peau et des tissus sous-jacents, on tombe sur quelque chose ressemblant à un sac, mais moins lisse, moins différencié et adhérent un peu à la masse de graisse qui y était contenue.

On trouve, après avoir fendu le canal inguinal, comme une grosse noix dure dont le pédicule se sent remontant dans le ventre. Elle se présente avec l'aspect d'une graisse jaune lobulée. On incise et on explore. Sous une couche de graisse pas très abondante, on reconnaît un vieux sac herniaire, à parois très épaisses, plissées dont on suit le pédicule étroit et fermé presque complètement. Sortant, en se dégageant de ce pédicule, on trouve une petite végétation qui flotte dans le sac et remonte dans le collet, mais adhérente en haut à lui, si bien que même un stylet ne peut pénétrer dans l'abdomen.

Du côté interne, M. Sébilleau essaie de disséquer ce sac de la graisse qui l'entoure avec de grandes précautions, se méfiant de cette graisse qui était en dedans et en arrière du sac, d'autant qu'il voyait quelque chose de membraneux qui faisait craindre la vessie. A un moment, il fait à cette membrane une déchirure, il introduit un stylet qui se dirige derrière le pubis ; il met deux points de suture sur la vessie et continue la dissection avec de grandes précautions.

On isole ainsi du côté interne presque tout le vieux sac qui est réséqué. On draine la plaie par le bas de l'incision cutanée dans le cas où il s'écoulerait de l'urine. Pansement.

La température n'a jamais dépassé 37° 5.

Le 16 octobre, on enlève le drain de gaz iodoformée et l'on cautérise la petite plaie avec de la teinture d'iode.

Le 20, on enlève les fils.

Le 5 novembre, le malade se lève une heure.

Le 29, il ne reste plus qu'une petite plaie au niveau de la cicatrice. Cautérisation à la teinture d'iode.

Le 30, l'opéré revient nous voir. Tout est cicatrisé et il doit reprendre son travail le lendemain.

#### OBSERVATION XX.

*Hernie inguinale gauche irréductible contenant le cæcum, une grande partie du colon ascendant et une portion de la vessie. -- Cure radicale. Guérison. -- E. Bœckel, 1889.*

Guillaume Schallot, 53 ans, entre le 3 septembre 1889 au service du professeur E. Bœckel, salle 103, de l'hôpital civil de Strasbourg, sa hernie qui a débuté, il y a

5 ans ne lui avait guère causé d'inconvénients les premières années. Dans les premiers jours de septembre 1889, elle lui cause des douleurs dans le bas-ventre. M. E. Bœckel, à cause de la grosseur considérable de la tumeur (deux poings) et de l'irréductibilité lui propose l'opération de la cure radicale.

Opération le 5 septembre 1889, incision cutanée longue de 20 à 25 centimètres, les parois du sac sont épaisses, l'on traverse un grand nombre de couches fibreuses adhérentes l'une à l'autre avant d'ouvrir le sac. On trouve dans le sac herniaire un peu de liquide sanguinolent et clair, quelques ecchymoses sur les parties herniées, résultat du taxis, ces parties sont formées par le colon et le cœcum avec son appendice vermiculaire, mais on n'aperçoit pas l'iléon. Le cœcum ne laisse pas réduire, il faut débrider largement l'anneau inguinal pour arriver à la réduction.

En cherchant à dégager le collet du sac herniaire qui a été fendu obliquement dans toute sa longueur, on constate que sa moitié inférieure et interne est très épaisse, charnue, mollassse. C'était la vessie dont M. Bœckel reconnaît les fibres musculaires en relevant avec les doigts la graisse prévésicale. Réduction du cœcum, la vessie rentre facilement ensuite. Le collet est traversé par le milieu par un fil et chaque moitié est liée séparément, suites opératoires normales, sauf un peu de supuration superficielle.

Le malade quitte l'hôpital au bout de la 6<sup>e</sup> semaine.

OBSERVATION XIX. (résumé)

*Cyst ocèle inguinale gauche. — Cure radicale. — Mort.*  
*Monod, Revue de chirurgie, 1889.*

D. Auguste, opticien, 53 ans, entre le 24 décembre 1888 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, n° 32, service de M. Ch. Monod.

Antécédents héréditaires excellents comme ses antécédents personnels.

Mais à 20 ans, à la suite d'un effort, il se fait une petite hernie du côté droit pour laquelle il a constamment porté un bandage.

En 1882, à la suite de fatigues excessives, il se forme peu à peu une sorte de hernie du côté gauche qui augmente progressivement de volume et devient irréductible, en même temps douleurs vives dans le bas-ventre.

En 1888, le 16 décembre, les douleurs deviennent plus vives que jamais. Elle commencent par une envie impérieuse d'uriner et la miction se termine par quelques gouttes de sang. Phénomènes de cystite, on pense à la possibilité d'un cystocèle.

Opération le 10 janvier 1889, sous la peau, on tombe sur une masse grasseuse d'aspect mollassse, on continue l'incision on tombe sur les fibres musculaires saignant facilement.

Est-ce le gros intestin ? L'incision abdominale est agrandie de 3 centimètres en introduisant le doigt dans le ventre on tombe en suivant le petit pédicule derrière le pubis. Injection d'eau boriquée dans la vessie, la tumeur se distend, c'est bien la vessie, on la vide et on la repousse facilement derrière le pubis.

Sutures, pansement, la partie supérieure de la plaie suppure un peu.

Le 19 janvier, en allant à la selle, le malade est pris subitement d'un accès de suffocation avec cyanose.

Il meurt le 23 janvier, à l'autopsie, on constate des infractus pulmonaires consécutifs probablement à une embolie septique. On trouve un lipome gros comme un œuf de poule sur la face externe de la vessie au niveau de l'angle latéral gauche de la pièce.

#### OBSERVATION XX.

*Hernie inguinale droite étranglée. — Hernie de la vessie. — Opération. — Guérison. (Walther, 11 juillet 1892), in thèse de Bourbon, Paris 1891-92, p. 104.*

L.. Edouard, âgé de 59 ans, ouvrier boutonnier, entre le 15 juillet 1892 dans l'après-midi à l'hôpital Tenon (salle Montyon, n° 20) pour une hernie inguinale droite présentant depuis 24 heures des accidents d'étranglement.

Appelé immédiatement par M. Benoit, interne de garde, je vois le malade à 6 heures du soir.

La hernie dont l'apparition remonte à l'âge de 30 ans, était toujours dit le malade, assez bien maintenue par le bandage et en tout cas n'avait jamais été à aucun moment difficile à réduire. Hier soir, brusquement sortie, elle est restée irréductible ; deux tentatives de taxis ont été pratiquées hier soir et ce matin.

Constipation absolue, aucune émission de gaz ; vomissements, la tumeur est très volumineuse et descend

jusqu'au fond des bourses, mais elle est souple et molle dans presque toute son étendue.

A la partie supérieure seulement, au niveau de l'anneau inguinal, existe une masse arrondie du volume d'un œuf, tendue, résistante, donnant la sensation d'une anse intestinale étranglée.

Au moment où l'on allait commencer la chloroformisation, le malade demande à uriner et rend une très petite quantité d'urine claire. Depuis le début des accidents d'étranglement les mictions ont été pénibles et fréquentes.

Opération. — Le malade endormi, la région soigneusement rasée et aseptisée, le sac est mis à nu par une longue incision de 15 centimètres allant de l'anneau jusqu'au fond des bourses.

A l'ouverture du sac, il ne s'écoule qu'une quantité insignifiante de liquide. Le sac contient : 1° une volumineuse poche kystique sortant par la partie interne de l'anneau inguinal.

2° Une anse intestinale étranglée occupant la partie externe de l'anneau.

La poche qui occupe la partie interne de l'anneau descend jusqu'au fond du sac. Elle est absolument libre d'adhérences. La couleur de cette poche est d'un blanc jaunâtre, sa surface recouverte de péritoine, ses parois épaisses glissent facilement l'une sur l'autre, sa cavité contient une petite quantité de liquide.

Introduisant le doigt dans l'anneau inguinal, je puis facilement constater que la partie supérieure de cette poche ramassée en une sorte de pédicule plonge dans l'intérieur du bassin et derrière le pubis.

Un aide ayant alors introduit une sonde dans la vessie, je puis m'assurer que l'extrémité de cette sonde pénètre dans la portion intrapelvienne de la poche, il s'agit donc d'une hernie de la vessie.

Mais il est impossible de réduire cette poche à parois épaisses et qui semble depuis longtemps herniée, avoir perdu droit de domicile dans la cavité pelvienne. La réduction n'est possible qu'après un large débridement à ciel ouvert du canal inguinal.

La vessie herniée, une fois réduite, il est facile de constater que la portion extra-péritonéale de l'organe avait elle-même été entraînée jusqu'au bord de l'anneau inguinal profond, la hernie, par bascule du fond de la vessie, avait progressivement amené un déplacement par glissement de la partie latérale droite extra-péritonéale.

Mais cette paroi vésicale dépourvue de péritoine, qu'on aperçoit facilement à la partie inférieure de l'anneau largement ouvert, ne s'engage pas dans l'anneau, n'est pas complètement herniée.

La cure radicale est alors pratiquée. Le sac isolé est lié très haut et réséqué, le canal inguinal est suturé avec de la soie plate, n° 4.

Sutures de la peau avec le crin de Florence. Drainage. Pansement iodoformé.

Suites. — Le soir même, le malade alcoolique s'agite et enlève son pansement. Mais ce pansement est immédiatement refait. Il n'y a pas eu d'infection, pas d'élévation de température.

La guérison marche sans aucun incident, et aujour

d'hui, 18 juillet, peut être considérée comme définitivement assurée.

Le volume de la portion herniée de la vessie, l'épaississement considérable de ses parois, le rétrécissement de la partie supérieure en forme de pédicule, l'impossibilité de la réduction sous un large débridement montrent qu'il s'agit ici d'une hernie ancienne.

Les troubles urinaires ne sont manifestés qu'à l'occasion de l'étranglement sous l'influence de la compression exercée au niveau de l'anneau par l'anse étranglée sur ce pédicule vésical.

Un point fort intéressant est l'absence de toute adhérence de la vessie herniée au sac ou à l'intestin.

#### OBSERVATION XXI

*Hernie vésicale découverte au cours de l'opération radicale d'une hernie inguinale. — Laparotomie. — Guérison (Kümmer). Revue médicale de la Suisse romande 1892.*

E... T..., garçon de 5 ans, nous est amené pour une hernie qui, au dire des parents, n'est point congénitale, mais s'est développée à la suite d'une coqueluche dont il a été atteint à l'âge d'un an.

Depuis l'âge de 2 ans, l'enfant porte un bandage qui est bien supporté et qui retient parfaitement la hernie depuis un an et demi, cependant, celle-ci sort sous le bandage et fait souffrir le malade.

En automne 1890, l'enfant subit une première opération, après un séjour de 24 journées dans un service hospitalier, il revient à la maison parfaitement guéri,

semble-t-il ; mais déjà trois jours après, la hernie sort de nouveau, application d'un second bandage, sous lequel la hernie sort comme la première fois, elle a, de plus, considérablement augmenté ces derniers mois, pendant une bronchite chronique.

L'enfant mouille et salit son lit et même ses habits, son développement intellectuel et moral est retardé.

Etat du malade en décembre 1891. A la région inguinale droite, on voit une proéminence allongée qui s'étend jusque dans le scrotum.

Cette proéminence augmente de volume quand le malade tousse, et quand il se tient debout ; elle diminue dans le décubitus dorsal, et disparaît dans le ventre sous la pression du doigt. Avec l'extrémité de l'index, on peut pénétrer de bas en haut, et de dedans en dehors, dans le canal inguinal droit : toutefois, l'on n'arrive pas jusqu'à l'orifice inguinal interne. La grosseur susmentionnée, dont le contenu est mou et granuleux, est mate à la percussion.

Le cordon spermatique normal se trouve derrière la grosseur ; le testicule également normal est séparé de la hernie. Une cicatrice oblique, longue de cinq centimètres environ, et par endroit, large de 2 centimètres, provient de la première opération.

Nous admettons une épiplocèle inguinale, et l'opération radicale nous paraît indiquée, premièrement dans le but de guérir la hernie, puis dans l'espoir d'influencer favorablement les fonctions de la vessie.

Opération le 15 janvier 1892. — Incision oblique, excision de l'ancienne cicatrice cutanée, dissection des piliers inguinaux qui est rendu un peu pénible par la

présence d'adhérences provenant de la première opération ; isolement, puis incision du sac herniaire ; on tombe sur l'épiploon qui est attiré et coupé entre deux ligatures à la soie, réduction du mognon épiploïque.

Nous cherchons ensuite à préparer le collet du sac, pour pouvoir attirer celui-ci, le lier et le couper ; mais le collet semble adhérer entièrement au pilier inguinal interne par une masse graisseuse particulière. — En prolongeant jusqu'au collet l'incision du sac herniaire, nous tombons sur un intestin adhérent au pourtour inférieur et interne du canal inguinal. Il nous est impossible de détacher cet intestin. Dans l'espoir d'y réussir, nous n'hésitons pas à ouvrir largement le ventre, en prolongeant notre incision de 10 centimètres environ en haut et en dehors.

En suivant alors avec le doigt, dans l'intérieur du ventre, l'intestin adhérent, on arrive sur la ligne médiane, et en descendant, sur la prostate : il semble donc probable qu'on a affaire à une hernie vésicale.

Le moyen le plus simple pour nous en assurer est l'introduction par l'urèthre d'une sonde qui arrive en effet dans l'organe adhérent au canal inguinal : il s'agit, par conséquent, bien d'une cystocèle.

En examinant de plus près la vessie, nous trouvons que cet organe porte à sa partie adhérente une proéminence de la dimension d'un gros pois, ayant la même couleur rose pâle que le reste de la vessie et faisant l'impression d'un diverticule : un essai d'y introduire la sonde échoue, ce qui ne peut surprendre du reste, vu la petitesse du diverticule.

Deux mots encore de la disposition du péritoine par

rapport à la cystocèle: celle-ci, de même que le diverticule, n'est recouverte du péritoine que sur la face supérieure tandis que à son côté inférieur, la vessie se trouve adhérente au pilier inguinal interne par une masse graisseuse particulière.

Le péritoine, intimement adhérent à la vessie, ne peut être détaché de celle-ci, de sorte que nous devons renoncer à l'excision complète du sac. Il ne nous reste pas autre chose à faire que de détacher la vessie du pilier inguinal interne, et de le refouler derrière l'os du pubis. Sutures, pas de drainage; on enlève les fils 36 heures plus tard. La guérison est retardée par le fait que la plaie se rouvre à la suite des mouvements du petit malade; guérison par bourgeonnement, sans fièvre, mais plusieurs fils de soie sont éliminés. Le 10 mars 1892, la plaie est guérie.

L'opération n'a pas eu, comme nous l'espérions, d'influence favorable sur le fonctionnement de la vessie. L'enfant continue à se mouiller et à se salir comme auparavant, et nous sommes disposés à mettre ce fait à la charge du système nerveux.

#### OBSERVATION XXII

*Hernie inguinale étranglée avec cystocèle. Etranglement à marche insidieuse, par M. Broca, in thèse d'agrég. Duret, Paris. 1883, page 47.*

Poulain Charles, sans profession, 67 ans, est entré le 17 décembre, salle Saint-André, n° 13, hôpital Necker, service de M. Guyon.

Vers l'âge de deux ou trois ans, hernie rapidement guérie par l'emploi d'un bandage.

Vers l'âge de 21 ans est apparue une hernie inguinale gauche pour laquelle Poulain porte bandage très irrégulièrement.

Il y a 4 ans, premiers accidents d'étranglement qui ont cédé au taxis, depuis, des phénomènes analogues se sont produits trois fois et ont été guéris.

Le 17 décembre, à midi, immédiatement après le repas, la tumeur grossit rapidement sans effort et devient irréductible. A 1 heure, le déjeuner est rendu par vomissements. Le malade est apporté à 6 heures du soir à l'hôpital. Insuccès des taxis, sans chloroforme et avec chloroforme.

Le 19, le 20 et le 21, pas de vomissements, pas de nausées. Lavement au miel de mercuriale, le soir, une selle, quelques gaz.

Le 22, au matin, pas de selle. Prendre dans la journée, 3 des paquets suivants : alap, 1 gramme ; calomel, 30 centigrammes. Le soir, une selle.

Le 23. Ventre météorisé. Purgation, pas d'effet. Léger délire.

Le 24. Agitation, oppression, ventre très ballonné, pouls petit, extrémités refroidies. Le 25, il meurt à 4 heures du matin.

*Autopsie.* — Présence à côté de l'intestin d'une portion de la vessie dans le collet du sac (ce qui prévenait en partie les effets de la constriction de l'anse intestinale.)

Presque tous les jours, le malade a eu des sellés. La péritonite s'est développée insidieusement.

Cette marche particulière des accidents ne serait pas rare, d'après Duret, et il importerait, dit-il, de pratiquer

la kélotomie sans attendre l'apparition des symptômes graves de l'étranglement herniaire.

OBSERVATION XXIII

*Observation de Brodier, in thèse de Bourbon, p. 32.*

X..., cultivateur à Warmeriville, âgé de 69 ans, est actuellement porteur d'une hernie inguinale gauche, excessivement volumineuse qui descend jusqu'à mi-cuisse. Cette hernie qui s'est produite vers l'âge de 18 ans a, peu à peu, augmenté de volume au point d'atteindre actuellement la dimension d'une hernie, ayant perdu droit de domicile, ou plus exactement d'une éventration inguinale. Aucun bandage actuellement ne peut la contenir. L'exploration du contenu de cette tumeur est dans le cas présent très difficile, car le sujet présente de la surcharge graisseuse. En y mettant le temps, de 10 minutes à 1/4 d'heure environ, on parvient à faire rentrer sa hernie presque complètement, c'est-à-dire que l'anneau inguinal est très large. Il y a, cependant, vers la partie interne de cet anneau, une masse plus résistante. Ce malade se porte très bien. Une seule infirmité le désole. Ses deux mains soutenant la tumeur herniaire ne suffisent pas pour produire l'émission de l'urine. Il est nécessaire qu'une seconde personne vienne presser en haut de l'ensemble de la hernie pour que la miction puisse s'accomplir.

OBSERVATION XXIV

*Entéro-systocèle inguinale rotale étranglée. Opération.*

*Mort. (Kronlein.)*

P..., cocher à Berlin, 40 ans, entre le 16 juin 1874 à l'hôpital pour une hernie étranglée. Depuis sa 15<sup>e</sup> année,

il a une hernie inguinale droite qui sort souvent malgré le port d'un bandage, et que, du reste, il réduit lui-même, sans peine.

Un jour, symptôme d'étranglement. Il entre à la clinique. Les lavements immédiats sont sans effets. Les douleurs augmentant, la tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant, on fait des tentatives de réduction avec anesthésie, mais sans résultat.

*Opération.* — On procède sur le champ à l'herniotomie. Sous les téguments incisés, on trouve un sac volumineux, distendu, rebondi. A son ouverture, apparaît le contenu, à savoir: plusieurs anses de l'intestin grêle. Après débridement du collet, la hernie intestinale est réduite. On a devant les yeux, un second sac assez gros, qui jusque-là avait été caché par les anses intestinales reposant sur lui. Ce sac est modérément distendu, d'aspect séreux et se continue en haut à travers l'ouverture inguinale jusque dans la cavité abdominale; partout ailleurs, il est isolé. On pense que c'est un second sac herniaire, on incise prudemment la séreuse et l'incision met à nu une couche musculaire bien nette; ceci fait penser qu'on a affaire à la vessie. Une sonde urétrale et une injection d'eau tiède levèrent tous les doutes.

La vessie est réduite. Le malade, à son réveil, déclare qu'il urinait plus facilement quand il comprimait la tumeur avec ses mains. Il se développe un météorisme énorme, la dyspnée très intense nécessite la ponction intestinale; elle est pratiquée, et le malade, pendant le omm il anesthésique est pris de vomissements de ma-

tières noires qui pénètrent dans les voies respiratoires et il meurt, malgré la trachéotomie faite sur le champ.

*Autopsie.* — La vessie, redescendue dans le scrotum est telle qu'elle était au moment de l'opération, alors que les anses intestinales qui la recouvraient venaient d'être réduites.

Rien de particulier dans les autres organes. La portion étranglée de l'intestin ne peut être reconnue. La vessie est démesurément grande, elle est presque tout entière dans le sac herniaire du scrotum et la partie descendue est partout recouverte de péritoine. La face antérieure de la vessie regarde en arrière, la face postérieure en avant. Si l'on relève la vessie dans la cavité abdominale, on voit quelle hauteur elle a atteint dans le bassin, même à l'état de vacuité, et aussi comment le péritoine qui recouvre sa face antérieure se continue au niveau de l'anneau inguinal interne immédiatement avec la séreuse du sac herniaire.

Le ligament de l'ouraque est très allongé ; les deux ligaments latéraux sont étirés, et tous trois sont amenés dans le sac avec la partie herniée de la vessie.

En incisant longitudinalement la paroi postérieure de la vessie, on voit que le sommet et le corps sont passés dans le sac ; seul, le bas-fond reste dans le bassin. Les parois sont très amincies. La muqueuse normale. Dimension de l'orifice au sommet, 16 centimètres à l'état de vacuité, largeur, 12 centimètres ; distance des orifices des uretères à la luette, 6 cent. 5, portion prostatique de l'urèthre 3 cent. 5 ; portion membraneuse, 4 cent. 3.

La vessie, dans ce cas, s'est pliée et invaginée dans le sac herniaire d'après le mécanisme de bascule que

Duret a mis en lumière en 1883, de telle sorte que la partie herniée est entièrement recouverte de la séreuse péritonéale.

OBSERVATION XXV

*Grosse hernie inguinale. — Cystocèle inguinale avec entérocele. — Troubles urinaires graves. — Mort. — Autopsie. — La vessie est pourvue d'un sac complet. — (Observation résumée. Ch. Leroux. Revue mensuelle de chirurgie, 10 mai 1880, p. 370.*

B..., 54 ans, entre le 3 juillet 1879 dans le service de M. Verneuil pour une énorme hernie inguino-scrotale droite. Cet homme est gros et gras. Il a la poitrine large le cou court, les veines jugulaires gonflées.

Depuis de longues années, il porte une hernie inguinale du côté droit, et depuis 9 ans, on a fait aucune tentative pour la réduire ; n'en souffrant point, il se contentait de la soutenir avec un énorme suspensoir. Mais depuis 6 semaines, il éprouve d'assez fréquents besoins d'uriner. Il ne sort chaque fois qu'une petite quantité d'urine et il éprouve des difficultés et des douleurs dans la miction. Ce sont ces troubles qui le décident à entrer à l'hôpital.

*Examen.* — On constate l'existence d'une hernie inguino-scrotale dont le volume équivaut au moins à celui d'une tête d'adulte. Sa forme est celle d'un gros moignon conique, et sa longueur prise de la base au niveau, du canal inguinal jusqu'à son sommet, est de 50 centimètres.

La peau est saine et nullement adhérente. La tumeur herniaire est molle dans la plus grande partie de son

étendue, fluctuante même à son extrémité libre ; en arrière, au niveau de la racine des bourses et du périnée, on sent au contraire, une résistance, une dureté notable. Par la percussion, on perçoit de la matité en certains points, surtout à la partie antéro-interne, et à l'extrémité de la tumeur. Ailleurs, il existe un certain degré de sonorité. On pense donc que le sac contient à la fois de l'intestin et de l'épiploon et que, en raison de la fluctuation et de la matité du sommet de la hernie, il doit y avoir une certaine quantité de liquide, c'est-à-dire une hydropisie du sac.

En examinant avec soin ce malade, 2 phénomènes attirent de suite l'attention : d'abord la dysurie, puis la dyspnée extrême qui l'oblige à rester assis sur son lit une partie de la journée. Ces 2 symptômes au dire du patient datent à peu près de 6 semaines. La pression et la percussion sus-pubienne n'indiquent point qu'il y ait rétention d'urine ; on ne songe nullement d'ailleurs à la possibilité d'une hernie de la vessie. Quand à la dyspnée, après avoir cherché en vain toutes les causes qui pourraient l'expliquer, on pense à l'attribuer à une intoxication urémique. On fait recueillir avec soin les urines des 24 heures. On obtient ainsi 400 grammes d'une urine très claire, très limpide, neutre où légèrement acide, ne déposant point par le refroidissement ; par la chaleur, on ne découvre rien ; l'acide nitrique développe un petit nuage rosé, mais pas la moindre trace d'albumine. Il n'y a point de sucre.

Le malade était athéromateux ; depuis quelques jours, il avait de la diarrhée, un léger abaissement de tempé-

rature; sa hernie ne semblait le gêner que par son volume; le diagnostic fut : néphrite interstitielle avec complications urémiques; et la douleur provoquée par la pression dans la région du rein gauche semblait encore le confirmer. Les phénomènes s'aggravèrent les jours suivants et le malade meurt de troubles urémiques de plus en plus graves.

Autopsie. — Après avoir sectionné les enveloppes de la tumeur, on arrive sur le sac herniaire, que l'on incise également sur toute sa longueur et qui contient: 1° une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui n'est autre que la vessie distendue par plus d'un litre d'une urine claire et transparente sans la moindre odeur ammoniacale; 2° une autre masse plus volumineuse que la première, formée par le cœcum, le colon ascendant, plusieurs anses de l'intestin grêle, une masse épiploïque en partie adhérente par quelques brides au bord droit de la vessie, près de son sommet, enfin une quantité notable (5 à 600 gr.) d'un liquide clair et citrin. Les anses intestinales recouvertes de péritoine, même le cœcum, sont complètement mobiles et libres d'adhérences.

La portion herniée de la vessie, contenue dans le sac et recouverte par le péritoine jusqu'au niveau du bas-fond vésical; la vessie n'a contracté aucune adhérence, et est complètement mobile dans le sac, sauf en un point correspondant au bord droit où quelques brides l'unissent à l'épiploon. Le sac herniaire a contracté quelques adhérences avec le tissu cellulaire du scrotum, le collet du sac adhère également au bord de l'orifice inguinal.

L'anneau inguinal offre un diamètre de 8 centimètres au moins, par cet orifice passent le gros intestin et l'intestin grêle qui ne paraissent guère serrés; aussi la circulation des matières pouvait-elle se faire assez bien. Au niveau de la partie la plus interne de l'anneau, s'est engagé le bas-fond vésical entraînant avec lui les deux uretères qui passe à 2 centimètres à peine au-delà de l'anneau inguinal. Le bas-fond de la vessie est fortement tendu, plissé en corde et subit un mouvement de torsion telle que sa face postérieure devient supérieure, le col vésical est tiré en haut et se coude sur le bord supérieur du pubis droit, sur lequel il est fortement appliqué par la péritoine. La prostate a suivi le mouvement d'ascension du col vésical et répond à la partie supérieure de la face postérieure de la symphyse pubienne; elle a subi un léger mouvement de torsion, et sa face supérieure regarde en haut et à gauche; les deux vésicules séminales l'accompagnent.

La portion membraneuse de l'urèthre est fortement allongée. Il devait évidemment y avoir une dépression notable du périnée; malheureusement la recherche n'en a pas été faite avant la section des parties molles.

Toute la masse herniée se réduit facilement par des tractions exercées du côté de l'abdomen... Les 2 uretères sont dilatés; les bassinets et les calices sont également remplis d'urine et très dilatés. Les deux reins sont atteints d'hydronéphrose, atrophiés surtout dans leur portion médullaire...

Il s'agit, en résumé, d'un entéro-épiplocèle avec cystocèle inguinale, compliquée ultérieurement de dilatation des uretères et d'hydronéphrose.

L'obstacle à l'excrétion de l'urine siégeait évidemment au niveau du col vésical fortement coudé et aplati sur le pubis, puisque la vessie et les uretères étaient distendus par l'urine. L'urémie qui a causé la mort du malade a été la conséquence ultime de la dysurie.

Ce sont les adhérences que le sac précédemment réduit a contracté avec le péritoine voisin de la vessie qui l'ont entraînée; lorsque la hernie s'est reproduite, les deux organes, associés pathologiquement, sont sortis ensemble à l'extérieur.

#### OBSERVATION XXVI

*Cystocèle inguinale*, par Léon Imbert

(*Société anatomique*, mars 1896)

Jean M..., 60 ans, entre le 30 janvier 1896 dans le service de M. le professeur Guyon pour une tumeur de l'aîne droite ayant à peu près le volume du poing.

Le malade raconte qu'il y a une vingtaine d'années, il vit apparaître une hernie inguinale droite qui fut d'emblée irréductible. Il y a 10 ans, à la suite d'un effort, cette tumeur augmenta brusquement de volume, et depuis cette époque, son accroissement a été lent et progressif. C'est aussi depuis 10 ans qu'il accuse de la fréquence des mictions. Il y a 7 ans, on aurait diagnostiqué à l'hôpital Laënnec un calcul vésical pour lequel on n'a fait aucune opération.

Depuis 6 mois, il se plaint d'hématuries légères réveillées par la marche, d'augmentation de la fréquence des mictions, avec douleurs à la fin, et d'une incontinence qui l'oblige à conserver un urinal jour et nuit.

A son entrée, on constate dans la région inguinale droite l'existence d'une tumeur du volume du poing, rénitente, irréductible, opaque, nettement séparée du testicule et que l'on suppose être une hématocele enkystée du cordon.

La sonde à bécuille est introduite facilement, bien que l'on sente son extrémité déviée et fait reconnaître l'existence d'un calcul. Mais on ne peut introduire l'explorateur métallique n° 4 qui paraît arrêté dans la région prostatique.

Quelques jours après son entrée, on fait une ponction par laquelle on ne retire qu'une faible quantité de liquide séreux, trouble, d'odeur fétide. A la suite de cette ponction, la tumeur grossit et s'enflamme, infectée probablement par le liquide que l'on en a retiré ; *en outre le malade est atteint de congestion pulmonaire trouble.*

Le 5 février, M. Chevalier fait une incision pour donner issue au pus. Le malade meurt le 7 février.

*Autopsie* vingt-quatre heures après la mort. — On incise la tumeur qui paraît composée de deux parties : l'inférieure, la plus petite, comprend le testicule, l'épididyme et les éléments du cordon enserrés dans du tissu fibreux ; la supérieure, du volume d'une grosse orange, présente un pédicule qui s'engage dans le canal inguinal.

L'incision de cette tumeur montre qu'il s'agit de la vessie ; mais sa paroi est fortement épaissie, mesurant environ 3 centimètres et sa cavité est remplie par une volumineuse pierre urique et phosphatique mesurant environ 6 à 7 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur. Une sonde introduite dans l'urèthre pénètre sans difficulté dans deux parties herniées.

Les viscères autres que les organes urinaires paraissent sains. Mais les reins, le gauche surtout, sont profondément malades; leur capsule est épaissie et adhérente; ils sont bosselés et creusés de cavités pleines de pus; la substance corticale est à peine visible, toutes ces lésions sont surtout accentuées à gauche.

Les uretères sont extrêmement dilatés et ont le volume de l'index environ. L'uretère droit est contenu en partie dans la tumeur, c'est-à-dire qu'il s'ouvre environ 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'anneau inguinal dans la partie herniée de la vessie.

C'est du reste presque tout le réservoir vésical qui est situé hors de l'abdomen : il existe seulement une sorte de canal faisant communiquer par-dessus le pubis l'urèthre avec la portion herniée; ce canal comprend le col de la vessie et la portion prostatique de l'urèthre, la prostate est notablement déformée et creusée d'un vaste abcès.

#### OBSERVATION XXVII

##### *Cystocèle inguinale*

(D<sup>r</sup> Lardy, in *Rev. de Chirurgie*, fév. 1896)

Artin Y..., 24 ans, Arménien, marchand, entra à l'hôpital français le 17 décembre 1894 pour se faire opérer d'une hernie inguinale. Père, mère, cinq frères et deux

sœurs bien portants. Le père et un frère ont aussi des hernies. Notre sujet a été malade à plusieurs reprises : fièvre typhoïde, scarlatine, pneumonie, etc. L'origine de la hernie remonte à un an et demi, à la suite d'un effort. Le malade est simplement gêné par un bandage qu'il porte depuis un an ; c'est un ancien opéré qui nous l'adresse.

Répondant à de nouvelles questions posées après l'opération, le malade dit que depuis quelque trois mois il est *obligé de se lever de deux à trois fois la nuit pour uriner*. N'a jamais eu de maladies vénériennes, l'urine est normale. C'est un gaillard vigoureux, porteur d'une petite hernie inguinale oblique externe, ne sortant guère du canal et facilement réductible.

*Opérations du 19 décembre 1894.* — Nous faisons opérer le Dr Zartarian (actuellement chirurgien de l'hôpital national arménien), à cette époque attaché à notre service. Le collet du sac est assez riche en graisse, dont on sépare facilement le cordon spermatique. Constatant quelque chose d'anormal à ce sac à collet épaissi, le Dr Zartarian nous passe la main et nous ne tardons pas à reconnaître *accolée intimement* au sac herniaire un cystocèle facilement reconnaissable à la musculature vésicale. *La vessie se laisse très difficilement séparer du péritoine, il faut en quelque sorte l'exciser*. La portion adhérente de la paroi vésicale avait environ le volume d'une pièce de vingt sous ; la vessie libérée se retire dans la cavité de Retzius, où on peut facilement se rendre compte avec le doigt que c'est bien la vessie.

Ligature et excision du sac, suture oblitérante du canal inguinal à la soie et suture de la peau ; pas de

drainage, pansement compressif. Prima en deux fois vingt-quatre heures. Le malade quitte l'hôpital guéri le 6 janvier 1895.

OBSERVATION XXVIII

*Cystocèle inguinale*

(Dr Lardy, in *Rev. de Chirurgie*, fév. 1896)

Serkiz M., Arménien, 35 ans, *hamal* (portefaix), entre à l'hôpital français le 5 mars 1895 pour être opéré d'une hernie qui le gêne beaucoup dans son rude métier. Il y a cinq ans environ, en soulevant un poids très lourd, il a senti une vive douleur dans l'aîne gauche, comme un déchirement, dit-il. Un an après, il constate une petite grosseur qui paraît sous un effort et disparaît à la pression de la main. Un médecin lui ordonne un bandage qu'il porte dès lors, mais qui le gêne, et la hernie sort toujours de temps en temps et grandit. Après l'opération, nous l'avons encore questionné longuement au sujet de sa hernie ; il dit n'avoir jamais souffert du côté de la vessie. Il demandait surtout à être débarrassé de son bandage, la hernie elle-même n'ayant jamais été douloureuse.

C'est une hernie inguinale gauche oblique externe, grosse comme un œuf de poule.

*Opération en narcose, le 6 mars*, antisepsie au sublimé, stérilisation des pièces de pansement, des instruments, etc., etc., à l'autoclave ; ligatures et sutures à la soie de Turner stérilisée à l'autoclave et conservée dans le sublimé acide 1 0/00.

Incision parallèle au ligament de Poupart ; le sac est facilement découvert, et après ouverture nous en pré-

parons très exactement, comme de coutume, le collet, qui se laisse libérer facilement, du cordon: *Quelque peu de graisse, mais très peu*; on sent à la partie interne du sac une masse molle, *recouverte de graisse*, qui semble un épaissement du péritoine au-dessus du collet du sac. Cet épaissement, le sac étant fortement attiré au dehors, remonte à 2 ou 3 centimètres dans le canal inguinal.

Nous faisons remarquer à de jeunes étudiants en médecine qui se trouvaient là le danger qu'il y aurait à placer une ligature sur un collet de ce genre sans savoir exactement par quoi est formé l'épaississement que l'on sent avec le doigt. Continuant notre dissection, nous ne tardons pas à reconnaître, comme dans le cas précédent, les fibres musculaires de la vessie; nous faisons alors examiner ce collet par notre adjoint le Dr Spanoudis, qui ne tarde pas à reconnaître le tissu musculaire vésical. *La vessie est intimement adhérente au sac herniaire, et nous n'arrivons à la séparer du péritoine qu'au moyen du bistouri*; la partie adhérente a environ 1 centimètre de large sur 3 de long. Les adhérences libérées, la ligature du péritoine placée et le sac sectionné, la vessie se retire brusquement derrière le pubis, entraînant à sa suite le moignon herniaire. Suture oblitérante du canal inguinal à la soie, suture de la peau, pansement compressif, pas de drainage.

Prima en deux fois vingt-quatre heures.

Le malade quitte l'hôpital le 28 mars.

OBSERVATION XXIX (Personnelle).

*Hernie double.*

*Cystocèle inguinale droite. Cure radicale. Guérison*  
(service de M. le professeur agrégé Schwartz, 1893).

Le nommé Louis H..., porteur aux Halles, âgé de 65 ans, entre à Cochin le 24 février 1893 où il est admis à la salle Gosselin lit n° 4.

Il y a environ deux ans, le malade s'est aperçu que ses bourses étaient très grosses. Elles atteignaient le volume du poing. Depuis cette époque le malade ressent des douleurs dans les bourses, le bas-ventre, les reins et les jambes. Il ne peut rester debout.

Depuis deux mois il porte un bandage qui ne maintient pas la hernie.

Actuellement le malade se plaint de faiblesse et de douleurs. Il présente une hernie inguinale double douloureuse réductible des deux côtés. Il y a beaucoup de graisse au niveau des orifices herniaires ce qui empêche d'explorer aussi loin qu'on voudrait. Le malade n'accuse aucun trouble vésical ni urinaire quelconque.

*Cure radicale le 17 mars.* — Longue incision suivant la direction du canal inguinal : on arrive rapidement sur un sac herniaire contenant un petit fibrome dans sa paroi sans aucune adhérence au cordon ou à ses éléments mais présentant en arrière et du côté interne, une masse graisseuse intimement unie au sac et qui saigne beaucoup dès qu'on veut la décoller. M. Schwartz dit immédiatement à son entourage qu'il y a là probablement une vessie ou un gros intestin et se met en devoir de décoller cette masse du sac herniaire. Elle y est intimement ad-

hérente, surtout sur une surface d'une pièce de 5 francs : membrane d'une minceur séreuse. M. Schwartz pense de plus en plus à la présence de la vessie quoiqu'un petit orifice ne laisse suinter pas une goutte de liquide. Il est agrandi. Il s'aperçoit immédiatement qu'il a à faire à la vessie. Une sonde mise dans l'urèthre confirme son diagnostic. La décortication de la vessie est décidée, mais la vessie saigne très abondamment.

Le sac libéré jusqu'au-delà de l'anneau est réséqué après double ligature à la soie enchainée. L'intestin ayant été refoulé la vessie semble déborder et on songe à la réduire. Mais réflexion faite on la décolle aussi loin que possible, et enfin on pratique la suture avec 12 points de catgut très rapprochés de la muqueuse après l'avoir décollée du muscle vésical sur une hauteur de 4 centimètres et l'avoir réséqué. Puis six sutures à la soie du muscle vésical non réséqué. A un moment donné la vessie suturée rentre pour ainsi dire sans aucun effort dans le ventre. Enfin on fixe la paroi vésicale à l'anneau externe comme mesure de précaution au cas où les sutures céderaient.

Drainage à la gaze iodoformée le long de la pince, puis sutures au crin de florence. Pansement iodoformé ouaté. Sonde à demeure à 4 trous. Siphonage de la vessie issue d'une urine sanguinolente. Myoplastie herniaire.

*18 Mars.* — Température normale, très peu de suintement, la sonde a très bien fonctionné.

La sonde à demeure reste huit jours. On remplace la gaze iodoformée par un drain au bout de six jours.

*Le 22 mars.* — Réunion parfaite. Accidents généraux dus à l'artério-sclérose.

Le 26. — On enlève les points de suture.

Le 10 avril. — Le malade est complètement guéri.  
Pas d'impulsion.

Urine fréquemment.

OBSERVATION XXX (Personnelle.)

*Cure radicale d'une entérocele avec cystocèle inguinale droite. Guérison* (service de M. le professeur agrégé Schwartz, 1893).

Paul L., journalier, 45 ans, entre à l'hôpital Cochin le 20 septembre 1893, salle Gosselin.

Antécédents héréditaires, nuls.

Antécédents personnels. Pleurésie à droite à l'âge de 32 ans. Varices aux deux jambes. Rien au cœur ni à la poitrine.

La hernie au dire du malade se serait produite le 28 août 1893 à la suite d'un coit auquel le malade se serait livré dans la station debout. Le lendemain, en effet, il ressentit de la douleur et de la gêne dans la fosse iliaque droite, une hernie se développe, grandit, et le malade entre enfin à l'hôpital.

La hernie est peu volumineuse, indolente.

Pas de changement de couleur de la peau.

Très réductible, elle augmente de volume quand la malade est debout, pendant la toux, l'effort.

La réduction ne détermine pas de gargouillement. C'est une tumeur molle, mate à la percussion.

La *Cure radicale* est faite au commencement d'octobre. Après incision des téguments on tombe sur un sac contenant une anse intestinale. A côté de ce sac, une masse grasseuse qui lui est intimement adhérente fait

poser le diagnostic d'une cystocèle possible. En effet la masse graisseuse étant décollée on tombe sur la vessie que l'on reconnaît à la disposition de ses fibres musculaires. On fait la Résection de la vessie en dehors de laquelle se trouve le sac herniaire qui est décollé et réséqué : la résection porte sur une portion de la paroi vésicale de la grandeur de la main.

On pratique la suture de la vessie à 3 étages.

On réduit la vessie suturée.

Procédé myoplastique.

Guérison après 12 jours, sans réaction fébrile.

#### OBSERVATION XXXI (personnelle).

*Hernie inguinale double. Cystocèle sans sac à gauche.*

*Guérison* (Service de M. le professeur agrégé Schwartz, 1896.)

Le nommé B..., âgé de 33 ans, charpentier, entre à l'hôpital Cochin le 4 mars 1896, où il est admis à la salle Gosselin, lit n°

Antécédents héréditaires : Un frère hernieux.

Antécédents personnels : Maladies de l'enfance. Rougeole. Scarlatine. Syphilis à 24 ans. Blennorrhagies. Coliques de plomb après avoir travaillé cinq semaines.

A l'âge de 15 ans, en voulant soulever un poids, il sentit que dans ses bourses un côté était devenu plus gros que l'autre. Il s'appliqua une certaine pommade ; la hernie rentra toute seule sans soins, sans douleur.

Il porta un bandage qu'il quittait de temps en temps pour le reprendre quand la hernie reparaissait.

Accepté au service militaire, en sonnant du clairon, sa hernie reparaît : on lui donne un bandage au régiment.

Le malade vient réclamer la cure radicale de sa hernie parce qu'il a observé que la tumeur augmente sans cesse et parce qu'il veut rengager.

La hernie gauche n'a jamais dépassé le trajet inguinal.

On trouve chez le malade des anneaux inguinaux un peu larges, la paroi paraissant d'autre part peu solide.

A gauche. — Quand le malade tousse, on constate la production d'une bubonocèle.

A droite. — Pointe de hernie.

Aucuns troubles urinaires.

Pas de varices.

Pas de varicocèle.

Pas d'hémorroïdes.

*Opération.* Le malade est opéré le 12 mars 1896.

On trouve, après avoir sectionné une peau molle et flasque, un tissu adipeux peu épais ; l'aponévrose du grand oblique, peu solide, présente des éraillures assez prononcées pour que l'on puisse, à la faveur de l'une d'elles, sectionner la paroi antérieure du trajet inguinal.

On tombe sur le cordon qui est flanqué à sa partie supérieure et interne d'une masse simulant un sac herniaire, mais que l'on reconnaît être la vessie à la disposition de ses fibres musculaires réticulées.

C'est la vessie qui, *sans sac péritonéal*, vient faire bubonocèle dans le trajet inguinal.

Elle saigne facilement et après des ligatures sur les points saignants à cause de son faible volume, on la réduit sans avoir trouvé de sac péritonéal qui lui soit juxtaposé. A cause du mauvais état de la paroi, on pratique le procédé musculaire à l'aide du grand droit (myoplastie).

La plaie est drainée.

La malade a 40° le soir : le lendemain, il tombe à 37°. Une heure environ après l'opération, il urine quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Depuis, les urines ont été normales.

Les fils sont retirés au bout de 10 jours. La plaie est en très bon état.

Le 14 avril, on opère le malade du côté droit et l'on tombe sur un sac peu volumineux, presque seulement un infundibulum. On resèque ce petit sac qui n'est accompagné que de très peu de tissu graisseux ; l'intestin est réduit. On opère ensuite la cure radicale par abaissement d'une portion du grand droit.

Le malade sort au commencement de mai complètement guéri et en très bon état.

OBSERVATION XXXII (personnelle).

*Cystocèle inguinale droite. Cure radicale. Guérison.*  
(Service de M. le professeur agrégé Schwartz, 1896).

Le nommé Du... 54 ans, dessinateur, entre le 25 mars 1896 à l'hôpital Cochin, salle Gosselin.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Scrofuleux. Traces d'abcès froids au cou. Fièvres de croissance. Blennorrhagies répétées.

Vers l'âge de 33 ans, en dessinant dans une fausse position, notre malade éprouve des douleurs très vives dans les reins en se relevant. Au bout de quelques jours en arpentant, il se sentit une douleur dans l'aîne droite, mais ne perçut pas de grosseur. On lui ordonne de porter un suspensoir, mais comme il n'éprouve pas de sou-

lage ment, au bout d'un an, le malade, sur sa propre initiative, prend un bandage qui le soulage, alors même qu'il ne présentait pas de grosseur.

Vers 45 ans, une tumeur apparaît qui descend peu à peu dans les bourses. Cette tumeur diminuait quand le malade urinait. Elle augmentait peu à peu quand le malade restait un certain temps sans pisser; le malade avait envie d'uriner quand il appuyait sur la tumeur. Cette tumeur était irréductible; on la prit jusqu'à l'opération pour une hernie intestinale. Il est opéré le 23 juillet 1891 à la Charité.

La tumeur recommença à paraître au bout de 2 ans. D'ailleurs, elle ne descend plus aussi bas qu'auparavant et simule un bubonocèle assez volumineux quand le malade est dans la station debout. On trouve chez lui les mêmes symptômes fonctionnels qu'auparavant, mais atténués. Les irradiations douloureuses vers la cuisse et les lombes ont reparu avec la nouvelle tumeur.

A gauche, on constate une pointe de hernie: Est-ce une cystocèle?

Varices aux jambes.

Pas d'hémorroïdes.

Pas de rhumatismes.

*Le 31 mars, le malade est opéré.* A l'opération, on constate qu'il n'y a plus de trace d'épiploon, ni d'intestin qui sont restés bien réduits depuis la dernière opération. Mais on tombe sur un organe qu'on reconnaît être la vessie. On constate un commencement de sac. Ses parois sont épaissies. Quant au diverticule vésical, il se présente sous la forme d'un boudin épaissi à sa partie superficielle et que l'on attire sur une longueur de

10 c/m à peu près. On resèque ce diverticule au niveau du collet qu'il présente avec la vessie proprement dite. La vessie, dans sa portion non ectopiée, est d'ailleurs très volumineuse et dépasse les dimensions normales.

On pratique 3 plans de sutures.

Un profond avec 17 points séparés où l'on adosse la tunique muqueuse ; un plan musculaire. Puis pardessus on fait une troisième rangée de sutures avec 13 points séparés.

On pratique le procédé de la myoplastie herniaire avec le grand droit de l'abdomen.

On place une mèche iodoformée dans le bord inférieur de la plaie jusqu'au contact de la vessie,

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement ouaté iodoforme.

Trois jours après, on retire la mèche iodoformée. On place un drain très petit à la partie supérieure de la plaie et un plus long pour remplacer la mèche iodoformée.

La sonde est laissée à demeure pendant 48 heures.

Au début, l'urine était sanguinolente.

3 jours après l'opération, elle est encore assez fortement teintée.

On retire la sonde. Le malade urine très bien, sans douleur et abondamment.

Son état général est très bon.

Il n'a pas fait de température.

15 jours après, le malade sort entièrement guéri.

OBSERVATION XXXIII (personnelle).

*Cystocele inguinale gauche. Cure radicale. Guérison*  
(Service de M. le professeur agrégé Schwartz, 1896).

Le nommé Eugène H... journalier, âgé de 31 ans, entre le 4 juin 1896, à l'hôpital Cochin, service de M. Schwartz, salle Gosselin

Antécédents héréditaires : Mère bien portante. Père hernieux.

Antécédents personnels : Rougeole, scarlatine dans l'enfance, mais aucune maladie depuis.

Au mois de décembre dernier, à la suite d'un effort, ce malade est pris de douleurs vives, de tiraillements très pénibles et de coliques. Il constate qu'une grosseur se produit au niveau du pli de l'aîne. Cette tumeur s'accroît peu à peu et devient manifestement volumineuse au mois de février, mais elle est parfaitement réductible.

Le malade, interrogé sur l'évolution de sa maladie, affirme que sa hernie est volumineuse avant la miction, mais qu'elle diminue après avoir uriné. Il ne pisse qu'à de longs intervalles. Aucune douleur irradiée dans la cuisse ni dans l'abdomen. La miction n'est pas pénible.

A la palpation, la hernie inguinale présente une consistante molle et pâteuse. Elle est mate à la percussion.

On ne perçoit pas de gargouillement, mais le malade prétend qu'il en a eu la sensation en réduisant sa hernie.

Aucun diagnostic ferme n'est porté.

*Opération le 12 juin.* L'incision des téguments étant faite suivant la direction du canal inguinal, on tombe

sur un sac herniaire qui présente à sa partie moyenne un bourrelet épais ; il descend assez bas dans les bourses et fait penser à une hernie congénitale.

Mais en haut et en dedans de ce sac, on trouve une portion de péritoine formant un sac incomplet en avant et une énorme masse graisseuse en arrière. M. Schwartz porte le diagnostic de cystocèle, qui est du reste aussitôt confirmé, car immédiatement après avoir dégagé ce lipome, on tombe sur la vessie.

La paroi vésicale n'étant ni endommagée, ni amincie, et le cystocèle étant peu considérable, l'organe est tout simplement réduit.

On fait la suture du péritoine, en bourse, en collerette.

L'opération du reste est pratiquée suivant le manuel opératoire que nous avons décrit au chapitre du « Traitement ».

Myoplastie herniaire. Drainage.

Pansement ouaté iodoforme.

*Le 11 juin*, le malade urine très facilement.

Sa température est de 37°4.

*Le 12 juin*. Pas de température.

*Le 15 juin*. id.

Son état général est excellent ; aucune souffrance.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BUCKSTON BROWNE. — Société clinique de Londres, janvier 1890.

BARRIÈRE (de la). — Etude de la cystocèle inguinale. Thèse de Paris, 1881.

BOURBON. — De la cystocèle inguinale. Thèse de Paris, 1892.

CHAMPIONNIÈRE (J. L.). — Cure radicale des hernies, 1892.

CLEMENTS. — Surgery and Pathologie. London, 1832.

DELEFOSSE. — Pratique de la chirurgie des voies urinaires, 1887.

DESNOS. — Traité des maladies des voies urinaires, 1890.

DURET. — Des variétés rares de la hernie inguinale. Thèse d'agr., 1883.

DEMOULIN. — Union médicale, 7 et 9 sept. 1893.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VII.

EBNER. — Deutsche Zeitschrift fur Chir., 1887.

FURNBRINGER. — Pratique des maladies des voies urinaires. Trad. Caussade et Hartmann.

GUÉLLIOT. — Cure radicale de la cystocèle inguinale. 4<sup>me</sup> congrès de chirurgie, 1889.

GUETTERBOCH. — Deutsche Zeitschrift für Chir.,  
1891, N<sup>os</sup> 3 et 4.

HEDRICH. — Gazette médicale de Strasbourg,  
1<sup>er</sup> janvier 1890.

HACHE. — Art. Vessie, in Dictionnaire Encyclo-  
pédique des Sciences médicales, p. 278.

IMBERT. — De la cystocèle inguinale, in Revue de  
Guyon, mai 1896.

JABOULAY. — Lyon Médical, 1895.

KÜMMER. — Revue Médicale de la Suisse Roman-  
de, 1892.

KRÖNLEIN. — Arch. für klin. Chir., 1876, tome  
XIX.

LARDY (de Constantinople). — Trois cas de cys-  
tocèles au cours d'herniotomie, in Revue de  
Guyon, mai 1896.

LEROUX. — Hernie de la vessie, in Revue mens.  
de Médecine et de Chirurgie, 1880, N<sup>o</sup> 5.

LANDOUZY. — Bull. de la Soc. anatomique, 1876.

LAUGIER. — Art. Vessie, in Dictionnaire de Méd.  
Paris, 1846.

LEJARS. — In Revue de Chirurgie, 1893, janvier  
et février.

MÉRY. — Mémoires de l'Académie royale de  
Chirurgie, 1713.

MALHERBE. — Hernie polypiforme de la vessie,  
in Annales des maladies des organes génito-  
urinaires, tome II, page 784.

MONOD et DELAGENIÈRE. — Etude sur la cystocèle  
inguinale, in Revue de Chir., 1889, page 701.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale.

PEYROT. — Traité de Pathologie externe, t. IV.

PILZ. — Wiener klin. Wochenschrift, 1891.

POIRIER. — Traité d'anatomie.

POSTEMSKI. — Riforma méd., 4 juin 1891.

SIEGEL. — Zur Casuistick der Blasenhernien.  
Inaugur. Dissert. Wurzburg, 1892.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

THIRIAR. — Gazette hebdomadaire de médecine  
et de chirurgie, 1890, page 411.

THIRIAR. — Entretiens chirurgicaux de l'hôpital  
St-Jean, 1891.

THOMPSON. — Maladies des voies urinaires, 1881.

THOMPSON. — Cliniques sur les maladies des  
voies urinaires. Traduction Jamin, 1889.

TILLAX. — Traité de chirurgie clinique.

VERDIER. — Mémoires de l'Académie royale de  
chirurgie, 1753, tome IV, page 3.





Vu par le Doyen,  
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,  
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
GRÉARD





